الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان

إعداد

منار أحمد عواد

المشرف

الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك

الدكتور فوزي شاكر طعيمه

قدمت هذه الدراسة إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

أيار، 2010

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان) ،

وأجيزت بتاريخ ٢٠١٠/٥/١٣م.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور محمد محمود بني يونس، مشرفاً استاذ علم النفس الفسيولوجي المشارك	....
الدكتور فوزي شاكر طعيمه، مشرفاً مشاركاً استاذ علم النفس الاكلينيكي المشارك	....
الاستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب ابو حميدان، عضواً استاذ علم النفس التطبيقي	....
الاستاذ الدكتور نضال عبد الرؤوف يونس، عضواً استاذ الغدد الصماء	....
الدكتور أمجد أحمد أبو جدي، عضواً استاذ الارشاد النفسي المساعد (جامعة عمان الأهلية)	....

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع......... التاريخ.........

الإهـــــداء

إلى كل من ساهم في هذا العمل

إلى كل من آمن بقدراتي وكان مبعث إلهام لي طول حياتي

إلى أمي و أبي مصدر طاقتي

إلى كل من أيد عملي ودعمني بلا حدود

الى كل من أمدني بعظيم ما تعلمته في حياتي

الى إخوتي وأساتذتي وأصدقائي

إلى كل من اكتنفني في صرحه العتيد الى جامعتي الأم

وأخيراً إلى نفسي التي بذلت ما في المستطاع لتقدم جزءاً من المباح في بحر العلوم

أقدم هذا الجهد المتواضع ليكن عنوان عرفان وامتنان لنرتقي بعلمنا الى العلياء

والحمد لله الذي وفقني لهذا

الباحثة
منار أحمد عواد

شكر وتقدير

الحمد لله والشكر أولاً لله عز وجل الذي أعانني على إنجاز هذا العمل. ثم أتقدم بالشكر الى الدكتور محمد محمود بني يونس والدكتور فوزي شاكر طعيمه على ما بذلاه من جهد ووقت في إبداء الرأي والنصح، ولم يبخلا علي بالعلم والمعرفة.

ثم أتقدم بالشكر الى أعضاء لجنة المناقشة ممثلين بالأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان والأستاذ الدكتور نضال يونس والدكتور أمجد أبو جدي.

ولا يفوتني أن أشكر أعضاء لجنة التحكيم ممثلين بالأستاذ الدكتور نزيه حمدي الذي أعانني في عملية التدقيق اللغوي والدكتور محمد شقيرات والدكتور نضال يونس والدكتور أشرف القضاة والدكتور فلاح التميمي والدكتور أسعد الزعبي والدكتور يحيى الصمادي والدكتور موسى جبريل.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان الى العاملين في مستشفيات مدينة عمان الحكومية والخاصة, وإني أتقدم بخالص الشكر الى العاملين في مستشفى الأردن (مركز السكري والغدد الصماء) لما قدموه من دعم كبير لي.

وأتقدم بالشكر أيضاً إلى الدكتورة خولة السعايدة وإلى زملائي في قسم علم النفس , وأخص بالشكر مجد الشامي وآلاء البشتاوي ومصطفى زبيدات الذين لم يترددوا أبداً في مساعدتي ودعمي.

ولا أنسى أن أشكر أبي وأمي وإخوتي الأعزاء وجميع أصدقائي وزملائي على دعمهم وتشجيعهم المتواصل.

الباحثة

منار أحمد عواد

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الملحقات

فهرس الصور والاشكال

الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان.

إعداد:

منار أحمد عواد

المشرف:

الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك:

الدكتور فوزي شاكر طعيمه

الملخص

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان.

تألفت عينة الدراسة من (320) فرد، تراوحت أعمارهم (17 – 75) سنة، منهم (190) من الإناث و (130) من الذكور.

وقد تم فحص العينة على النحو الآتي:

المجموعة الأولى: (160) مصاباً منهم (80) مصاباً باضطراب الغدة الدرقية، و (80) مصاباً باضطراب غدة البنكرياس.

المجموعة الثانية: (160) فرداً من غير المصابين باضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس.

تم استخدام مقياسين هما: مقياس الحالات الانفعالية الذي قام بتطويره بني يونس (2008)، ومقياس مصادر الضغوط النفسية الذي قامت الباحثة بتطويره. وقد تمتعت الأدوات بدلالات صدق وثبات مناسبة.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، الى أن ترتيب الحالات الانفعالية لدى عينة المرضى جاءت كالآتي: لقد احتلت حالة السرور الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (3.30)، في حين جاءت حالة الغضب في الترتيب الثاني، حيث بلغ متوسطها الحسابي

(2.16)، أما في الترتيب الثالث جاءت حالة الحزن، وقد بلغ متوسطها الحسابي (1.70)، وأخيراً حالة الخوف حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.55).

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، الى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة المرضى قبل المرض جاءت على النحو الآتي: حيث جاءت المصادر الخارجية في الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.38)، ثم جاءت المصادر الذاتية المعرفية - الانفعالية في المرتبة الثانية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.36)، وأخيراً المصادر الذاتية البيولوجية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.28)، ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات منخفضة.
- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث إلى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد العينة بعد المرض جاء على النحو االآتي:لقد احتلت المصادر الذاتية البيولوجية المرتبة الأولى، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.81)، ثم جاءت المصادر الذاتية المعرفية الانفعالية في المرتبة الثانية، وبلغ متوسطها الحسابي (1.76)، وأخيراً المصادر الخارجية بمتوسط حسابي بلغ (1.47). ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات الحسابية منخفضة.
- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الى ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في الحالات الانفعالية بين مرضى الغدد الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغير العمر، حيث بلغت حالة السرور فقط مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن مستوى السرور كان أعلى لدى أفراد العينة من الفئة العمرية أقل من 20 سنة. أما فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي، فقد بلغت الحالات الانفعالية (الحزن، الخوف، السرور) مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن المرضى من المستويات التعليمية التي أقل من بكالوريوس، كانوا يشعرون بمستوى أعلى من الحزن، الخوف،والسرور. أما متغير الحالة الاجتماعية فإن الحالات الانفعالية الأربعة لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية. أما بالنسبة لمتغير الجنس، فإن حالات الحزن والخوف بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن الحزن والخوف لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور.
- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس، الى عدم وجود فروق دالة احصائياً في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض بين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس، تبعاً لمتغيرات العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال السادس، الى أن مقدار ما تفسره متغيرات مصادر الضغوط النفسية من متغير الإصابة بإضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس، حيث تبين أن مقدار ما

فسرته العوامل البيولوجية بلغ (56%)، وبالنسبة الى مقدار ما فسرته العوامل المعرفية بلغ (3%). أما بالنسبة الى ما فسرته متغيرات الحالات الانفعالية، تبين أن مقدار ما فسرته حالة الغضب كان(2%)، وما فسرته حالة السرور (1%)، مما يبرز دور العوامل البيولوجية في الإصابة باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

يتسم العصر الحالي بعصر الضغوطات المتنوعة والمختلفة في شدتها، ومصادرها، وتأثيراتها. وتعتبر إضطرابات جهاز الغدد الصماء، أو ما تسمى بإضطرابات جهاز الغدد الصماء (Disorders Of Endocrine System) نتاجاً لتأثيرات عوامل عديدة، من بينها طبيعة الحالات الإنفعالية المميزة للأفراد، والضغوط النفسية التي يتعرضون لها.

ويعتبر الإنسان كشخصية بمثابة نظام بيوسيكوإجتماعي مفتوح، أي أن تشكيل الشخصية كمنظومة واحدة متكاملة، ناتج عن تفاعل عوامل ذاتية وموضوعية معاً، ووفقاً للتأثير المتبادل بين هذه العوامل، تكون الصورة النهائية للشخصية، فإما أن تكون سوية، أو غير سوية (بني يونس، 2008).

ويتلقى الجهاز العصبي الضغوط النفسية على شكل أحاسيس أو مشاعر تتحول إلى شحنات عصبية ثم إلى حركات أو أفكار تهدف إلى تخفيف فترة الضغوط وإخراج هذه الإنفعالات في صورة حركية أو لفظية، مما يساعد الإنسان على تحقيق التوافق والتوازن النفسي والعضوي. إلا أنه في الحالات الإنفعالية الشديدة، المؤلمة والمتكررة كما هو في حالات القهر، والقلق والإحباط، وكظم الإنفعالات حيث لا يستطيع الفرد التعبير عن إنفعالاته أو أفكاره ويفقد توازنه النفسي والفكري، مما يؤثر في الوظائف العضوية التي تتعطل وظائفها ويخل بتجانس الوسط السيكوفيسيولوجي (Homeostasis).

إن إجراء نظرة فاحصة على الأعضاء الداخلية للجسم أثناء الإنفعالات تظهر عملية المحافظة على هذا التوازن مثل المحافظة على حرارة الجسم وضغط الدم وإفراز الهرمونات، وإذابة السموم (الزراد، 2002).

كما يشير الرشيدي (1999) إلى أنَّ الضغوط تعتبر منبهات هامة بـالأعراض النفسية والجسمية التي تكون عليها حالة الفرد فعندما يتعرض الفرد لحوادث ضاغطة في فترات زمنية متقاربة يكون لها علاقة واسعة بمختلف الأمراض الجسمية والعقلية.

إنَّ حلقة الوصل بين الجانب النفسي، والجانب الجسمي هي الإنفعالات، وتعتبر من العوامل المهمة في حدوث الإضطرابات النفسجسدية.

إن الناس إنفعاليون، ولكنهم يختلفون في درجة إنفعاليتهم. والإنفعالات بما في ذلك العواطف والوجدانيات تعتبر من الأمور الأساسية الواردة في حياة الإنسان. وهي بمثابة الطاقة أو الشحنة التي بدونها لا تستمر حياة الإنسان، وإذا كانت هذه الطاقة لازمة للإنسان فبالقدر اللازم منها، والذي يتطلبه الموقف، ويؤدي إلى سلامة الإنسان وتوازنه دون إفراط أو تفريط، إنَّ ضعف الإنفعالات وبلادتها أو شدة الإنفعالات وثورتها تضر بالإنسان.

كما ترتبط الإنفعالات بعوامل عضوية كالجهاز العصبي، والهرموني وعملية الأيض، كما ترتبط بعوامل أخرى. (الزراد، 2002).

ووفقاً للتصور النظري عن العلاقة الإرتباطية بين جهاز الإفراز الداخلي كأحد المكونات الأساسية للشخصية، وأحد المنظمات الأساسية للسلوك الكلي للفرد من جهة، والمكون الإنفعالي للشخصية من جهة ثانية، ستركز هذه الدراسة على الكشف عن أربع حالات إنفعالية،وهي: (الغضب، الحزن، الخوف، السرور)، ومصادر الضغوط النفسية المميزة للأفراد المصابين بإضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس قبل المرض وبعده، وإيجاد الفروق بينهم تبعاً لهذه المتغيرات، ومتغيرات ديموغرافية أخرى.

مشكلة الدراسة:

تظهر إضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس لدى فئات عمرية مختلفة، وتنتشر في كافة فئات المجتمع. وبنسب متزايدة.

حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن 350 مليون بالغ حول العالم يعيشون بمرض السكري ويتوقع الخبراء أن يرتفع العدد إلى 380 مليون بحلول عام 2025 (www.who.int).

وتشير التقارير الصادرة عن وزارة الصحة الأردنيّة، إلى أن نسبة انتشار المرضى المصابين بإضطرابات الغدد بلغت: 74.9% (www.moh.gov.jo).

وتشير التقارير السنوية إلى ارتفاع عدد زيارات عيادات الغدد الصماء والسكري بشكل كبير ومتزايد حيث بلغت زيارات العيادات عام 2006: 22925 وعام 2007 بلغت: 27972 وبالنسبة لعدد زيارات عام 2008 فقد بلغت 44299 زيارة (التقارير السنوية الصادرة عن وزارة الصحة الأردنية في الأعوام 2006 و2007 و2008).

يشير الأدب النظري ذو الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية، إلى وجود ميدان متخصص في ذلك، يدعى علم النفس الهرموني (Endocrinological psychology) والذي يؤكد على أنَّ الهرمونات تستخدم ككواشف، أو مؤشرات دالة على وجود حالات انفعالية معينة، كتعبير مخي عنها. وقد بدأت في الآونة الأخيرة ظهور مسارات التكامل بين ميادين فسيولوجية، ونفسية، وذلك للوصول إلى التشخيص الدقيق للعديد من الإضطرابات النفسية ذات المنشأ الهرموني.

وتؤثر إضطرابات هذه الغدد في النشاط المعرفي، والإنفعالي، والسلوكي، والإجتماعي للأفراد، إذ يترتب عليها انخفاض في فاعلية أدائهم، وزيادة في الأعباء المادية لتشخيصها من جهة، وإعادة تأهيل المصابين بها من جهة أخرى.

وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الآتي: ما الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمّان؟.

أهداف الدراسة وأسئلتها:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى إضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمّان، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1- ما توزيع الحالات الإنفعالية لدى أفراد عينة المرضى؟
2- ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة المرضى قبل المرض؟
3- ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة المرضى بعد المرض؟

4- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة($\alpha \leq 0.5$) في الحالات الإنفعالية بـين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغيرات مراحل المرض، والمستوى التعليمي، والحالة الإجتماعية، والجنس؟

5- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.5$) فـي مـصادر الـضغوط النفسية بين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس قبل وبعد المـرض تبعـاً لمتغيـرات مراحل المرض، والمستوى التعليمي، والحالة الإجتماعية، والجنس؟

6- ما مقدار التباين المفسر لكل من الحالات الإنفعالية، والضغوط النفـسية لإضـطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى ؟

أهمية الدراسة:

ونظراً لندرة الدراسات التي تناولت دراسة هذه المتغيرات مجتمعة معاً، تـأتي هـذه الدراسـة للوقوف على واقع المشكلة ميدانياً في مجتمعنا، للكشف عن أسبابها، تفادياً لتفاقمها.

ومن المؤمل أنَّ نتائج هذه الدِّراسة ستفيد الباحثين المهتمين العـاملين فـي مجـال الممارسـة الإكلينيكية ،حيث تنبه العاملين إلى أهمية العامل النفسي في تشخيص وعـلاج وإعـادة تأهيـل المصابين بهذه الاضطرابات.

التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة:

في ضوء مراجعة لمجموعة من الدراسات السابقة والأدبيات ذات الصلة فقد تم تعريـف متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس:

هم الأفراد الذي يعانون من إضطرابات فسيولوجية ونفسية ناشئة عن خلل فـي تركيـز الهرمونات التي تفرزها الغدة الدرقية والبنكرياس (محمد، 2002).

أما إجرائيا هم:الأفراد الذين يشخصون من قبل أخصائيين الغدد الدرقية والـسكري، أن لديهم إضطراب في هذه الغدد، و يراجعون عيادات الغدد الصماء، وهم يمثلون عينة المرضى المعتمدة في الدراسة الحالية .

الحالات الإنفعالية:

هي استجابات وجدانية لمواقف حياتية معينة يتعرض لها الفرد، وتتضمن أربع حالات هي: (الخوف، الحزن، الغضب، السرور). (بني يونس،2008). تنطوي على تغيرات جسدية ذات طابع واسع النطاق في التنفس، والنبض،وإفراز الغدد، أما من الجانب العقلي هي حالة من التهيج أو الإضطراب، تتميز بشعور قوي، وتؤلف عادة دافعاً نحو شكل محدد من أشكال السلوك و أنماطه، ويعرف إجرائيا: بالدرجات التي سيحصل عليها المريض على مقياس الحالات الإنفعالية، والذي قام بتطويره (بني يونس، 2008)، والمعتمد في هذه الدراسة.

الضغط النفسي:

هو الموقف الذي يعده الفرد مهدداً أو مزعجاً أو معرقلاً لمسيرة حياته الإعتيادية، ويفرض عليه مطالب تفوق موارده أو يفرض عليه جهوداً استثنائية، ويصاحب هذا الموقف جوانب إنفعالية (الرشيدي،1999). أما إجرائيا: فهو الدرجة التي يحصل عليها المريض على المقياس المعتمد في الدراسة الحالية والذي قامت الباحثة بتطويره.

حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على المرضى الذين يعانون إضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس والمراجعين للعيادات في مستشفيات مدينة عمان في الفترة الممتدة من 2/1- 15/3/2010

وتحددت عدد العينة تبعاً للمراجعات الشهرية للمرضى في العيادات حيث يراجع مريض السكري العيادة كل شهر، أما مريض الغدة الدرقية يراجع كل ستة أشهر، وقد تحددت العينة أيضاً بموافقة المريض على إجراء الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

لقد تم تقسيم هذا الفصل إلى جزأين، حيث يتناول الجزء الأول الأدب النظري المتعلق بوصف اضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس وتفسيرها .كما يتناول عرضاً لوصف وتفسير لمصادر الضغوط النفسية، والحالات الانفعالية . في حين يتناول الجزء الثاني استعراضاً للدراسات السابقة التي تناولت اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس وعلاقتها مع بعض المتغيرات.

أولاً-الإطار النظري ذو الصلة بمتغيرات الدراسة :

يعد الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء(Nervous system and Endocrine system) من الأجهزة التنظيمية (Organizational systems) للسلوك الكلي أو المركب (Holistic or Complex Behavior) حيث يقومان بالوظيفة التنظيمية عن طريق التكامل والتأثير الوظيفي المتبادل بينهما (Integration and interfunctional influence) (بني يونس، 2002).

يوجد في جسم الإنسان جهازين إفراز يقومان بإفراز مواد كيميائية الأول يدعى جهاز الإفراز الخارجي (Exocrine System) حيث يقوم بإفراز مواد خارجية كالغدد العرقية والدمعية التي تطرح خارج الجسم. أما الثاني يدعى جهاز الإفراز الداخلي (Endocrine system) والذي يقوم بإفراز مواد كيميائية تسمى الهورمونات (Hormones)، تصب مباشرة في الدم دون وجود وسيط أو قنوات لنقلها (والصورة 1 تبين غدد جهاز الإفراز الداخلي) (بني يونس، 2002).

ويتم بناء الهرمونات في الجسم تبعاً لميكانزم فسيولوجي خاص يبدأ بمرحلة البناء البيولوجي والتي تتمثل في قيام الخلايا المتخصصة في الغدة باصطياد مواد البناء وتحويلها إلى هرمونات ثم تقوم هذه الخلايا بتخزين الهرمونات بعد تصنيعها في خلايا الغدة في ما يسمى بمرحلة التخزين ثم مرحلة الإخراج حيث تخرج الهرمونات من مكان إفرازها، ويتم انتقال

الهرمونات مباشرة إلى تيار الدم، واتحادها مع بروتينات خاصة في ما يسمى بمرحلة النقل، وأخيرا ً تنتهي عملية بناء الهرمونات بمرحلة الإستهلاك، وتبدأ عند انفصال الهرمونات عن البروتينات الناقلة، وتبدأ بالتأثير على الأعضاء الواصلة اليها (بني يونس، 2002).

وتتمتع الهرمونات بخصائص عديدة كما أشار (بني يونس، 2002)، وهي :

- التأثير التنظيمي : حيث أنها تؤثر في وظائف أعضاء معينة زيادةً أو نقصاناً.
- التأثير الإصطفائي : بمعنى أن الهرمونات لا تؤثر إلا في مكان وجودها في الأعضاء المتخصصة لها.
- التأثير الفاعل والنشط : أي أن الهرمونات تؤثر على أعضاء الجسم ولو وجدت بكميات قليلة جداً.
- لا يتوقف تأثيرها على مكان إفرازها، بل تؤثر على أماكن بعيدة جداً.
- إن حجم الهرمونات الجزيئي صغير، مما يساعد معظم الهرمونات على النفاذ عبر أغشية الخلايا.
- تختلف الهرمونات في تركيبها الكيميائي فمنها الهرمونات المكونة من البروتينات مثل (هرمون الفصوم الأمامية والمتوسطة للغدة النخامية، وبعض هرمونات الغده فوق الكلوية)، وهرمونات مكونة من مركبات نيتروجينية كالببتيدات (Peptids) مثل هرمون اكسيتوسين، وهرمون الإنسولين، وهرمونات مكونة من مواد دهنية مثل الهرمونات الجنسية.
- تذوب الهرمونات في الماء أو الدهون، ولا تعطى عن طريق الفم.

وتقسم الهرمونات حسب مكان تأثيرها الى : هرمونات خلوية وهي التي يبقى تأثيرها في حدود أماكن إفرازها، وهرمونات نسيجية وهي التي تؤثر بعيداً عن مكان إفرازها، ومنها العوامل الكيميائية العصبية الناقلة كالنورأدرينالين، أما تقسيمها حسب خصائص تأثيرها على أعضاء الجسم فهناك هرمونات التمثيل الغذائي مثل هرمون الأدرينالين والإنسولين والجلوكاجون (Metabolic H)، التي تقوم بتفكيك الكربوهيدرات . والهرمونات التقويمية (corrective) التي تقوم بتعديل وظائف الأعضاء من حيث زيادتها أو نقصانها، كهرمون الأدرينالين الذي يغير من قطر الأوعية الدموية، ويزيد ضربات القلب، ويقلل من حركة أعضاء

الهضم. والهرمونات المكونة للشكل (Morphogenetic) وهي الهرمونات المسؤولة عن عمليات التمايز الخلوي (Differentiation) (بني يونس، 2008).

أما بالنسبة إلى طرق دراسة جهاز الإفراز الداخلي فهي : الطريقة التشريحية والتي تستخدم فيها المجاهر الضوئية والإلكترونية للتعرف على مكان الغدة والخلايا المكونة لها. وطريقة الإستئصال الجراحي للغدد، والذي يتم فيها استئصال الغدة وملاحظة السلوكات المركبة والجزئية الناجمة عن الإستئصال. طريقة عزل الهرمون وفيها يتم استخلاص الهرمون للتعرف على تركيبه الكيميائي .أما الطريقة الإكلينيكية وفيها يتم ملاحظة الأفراد المصابين بأمراض الغدد . وفي العلاج التعويضي يتم فيها حقن خلاصة من الغده في الجسم وملاحظة تأثيرها. وتسمى عملية تصنيع هرمونات في المختبر مثل الكورتيزون والإنسولين بالطريقة الإصطناعية. وطريقة زراعة الغدد (Transplantation) وتقسم هذه الطريقة إلى: طريقة الزراعة الذاتية وفيها يتم زراعة الغدة عند نفس الحيوان في غير مكانها. والزراعة المتجانسة وفيها يتم زراعة الغدة المأخوذة من جسم حيوان في جسم حيوان آخر من نفس النوع.والزراعة المختلفة وفيها يتم زراعة الغدة المأخوذة من جسم حيوان في جسم حيوان أخر من نوع مختلف (بني يونس، 2002).

الغده الدرقية:

إن الغدة الدرقية إحدى الغدد المهمة في جسم الإنسان، وتقع في أسفل الجزء الأمامي من الرقبة، في منطقة غضاريف الحنجرة، وعلى جانبي القصبة الهوائية. وتعتبر من أكبر غدد الإفراز الداخلي، حيث يبلغ معدل وزنها من 30 – 60 غم. وتتركب الغدة الدرقية من فصمين بيضاويين (فصم أيمن وفصم أيسر) متصلين فيما بينهما بغشاء رقيق يمكن أن يكون قصير وبالتالي يكون الفصمين قريبين من بعضهما البعض، أو أن يكون الغشاء الرقيق الذي يربط بين الفصمين عريض وبالتالي يكون الفصمين بعيدين عن بعضهما البعض ويمكن اعتبارهما غدة يمنى وأخرى يسرى. وتتركب الغدة الدرقية ايضاً من حويصلات (follicle) صغيرة مملوءة بمادة غروية (Colloid) تسمى غلوبولين الدرق الذي ينفذ إلى الشعيرات الدموية الكثيفة المحيطة، ومبطنة بطبقة واحدة من النسيج الغدي الطلائي مسؤول عن إنتاج هورمونات تحتوي على اليود، وهناك خلايا موجودة بين الحويصلات مسؤولة عن إنتاج هرمونات لا تحتوي على اليود (الصورة 2 تبين الغدة الدرقية).

حتى تقوم الغدة الدرقية بوظيفتها، يشترط وجود عنصر اليود الذي تصطاده من الـــدم، والحامض الأميني الثيروسين (Thyrosine) الذي لا يتكون في الجسم ويحصل عليه الإنــسان من المواد الغذائية (بني يونس، 2008).

آلية بناء هرمونات الغده الدرقية:

تقوم الغدة الدرقية بتصنيع هرموناتها عن طريق : إتحاد اليود الذي يتم امتصاصه مـــن الأمعاء الدقيقة ويصل عن طريق الدم من الغدة إلى الثيروسين. ثم يتأكسد اليـــود ويتحـــد مـــع جزيء واحد ثيروسين ليكون ما يدعى "ثيروسين أحادي اليود" (Monoiodothyrosine T1) وتستمر عملية الأكسدة ليتكون ثيروسين ثنائي اليود(Diiodothyrosine T2) وبعدها يتحد T1 مع T2 ليتكون ثيرونين ثلاثي اليود(Triiodothyronine T3)، ثم يتحد جـــزيئين مـــن T2 ليتكون ثيرونين رباعي اليود (Tetraiedothyronine T4) أو ما يسمى هرمون "ثيروكـــسين" (Thyroxin) (بني يونس، 2008).

توضح المعادلة الآتية آلية بناء الثيروكسين:

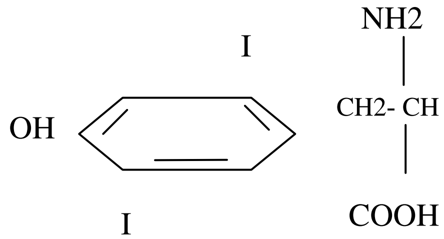
يود مأكسد + ثيروسين ——— ثيروسين أحادي اليود (T1)

زيادة عملية الأكسدة ——› ثيروسين ثنـــائي اليـــود T2 + ثيروســـين أحـــادي اليـــود T1 ثيروسين ثلاثي اليود (T3) .

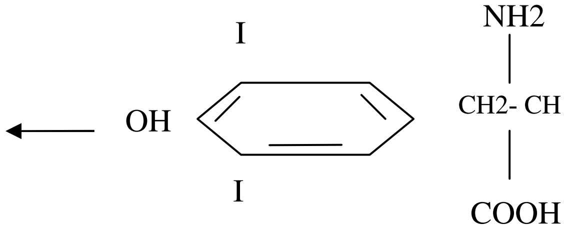
T2 +T2 ——› T4 ثيروسين رباعي اليود(ثيروكسين) .

ثيروكسين + غلوبولين ——› ثيروغلوبولين Thyroglobulin يتم تخزينها على شكل مادة غروية في الحويصلات، وعند حاجة الجسم إلى اليود تتحلل المادة الغروية بواسطة الإنزيمـــات الى T3,T4.

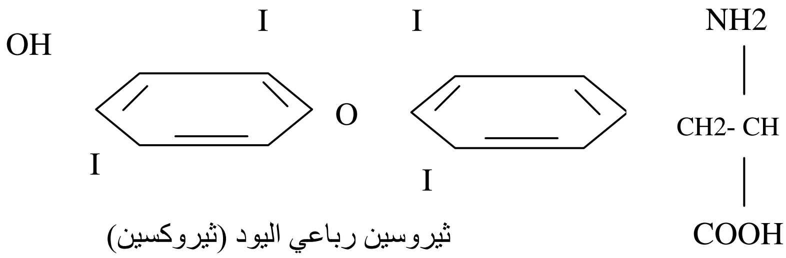
هرمون ثيرونين ثلاثي اليود (T3) أقل كمية من هرمون (T4) في الدم، لكن فعاليته أكثر (6-5 مرات) من هرمون (T4) وذالك لأنه غير وثيق الإرتباط مع بروتينات الدم (بني يونس،2008).



ثيروسين ثنائي اليود



ثيروسين ثنائي اليود



ثيروسين رباعي اليود (ثيروكسين)

آلية تنظيم نشاط هرمونات الغدة الدرقية:

يقوم الهرمون المنشط للغدة الدرقية ((Thyrotropichormone (TSH) وهو من هرمونات الفصم الأمامي من الغدة النخامية لتنشيط خلايا الغدة الدرقية في إفراز هرموناتها من حيث اصطياد اليود من الدم وتركيزه في الغدة، وتكوين هرموناتها وطرحها في البول . وفي حالة إستئصال الغدة النخامية يؤدي إلى ضمور في الغدة الدرقية (سالم ،عبدالرحيم و الدسوقي 2002).

ويفرز ما تحت السرير البصري أو الهيبوتلاموس أو الوطاء، هرمون يدعى -TSH) (RH يقوم بتنظيم إفراز هرمون الثيروكسين وطرحه في الدم . وينظم الوطاء عملية التمثيل الغذائي لكل من السكريات والبروتينات والدهون، ويشارك في تنظيم السلوك الإنفعالي (سالم ،عبدالرحيم و الدسوقي 2002).

تقوم العلاقة الوظيفية بين الهرمون المنشط للغدة الدرقية والغدة الدرقية حسب مبدأ التغذية الراجعة، أي في حالة نقصان هرمون الثيروكسين في الدم، فإنه يعمل على إستثارة الفصم الأمامي للغدة النخامية وما تحت السرير البصري (سالم ،عبدالرحيم و الدسوقي 2002).

وظائف هرمونات الغدة الدرقية:

أ. **الوظائف البيولوجية:**

1. النمو والتطور: تعمل منظمات لعملية النمو، والتمايز، في خلايا وأنسجة الجسم، كـالنمو العقلي، والجنسي، والعظمي، والإنفعالي. غياب هرمونات الدرقية ينتج عنه تأخر شديد في النمو يصاحبه توقف استطالة العظام وتأخر نضجها. كذلك فإن هرمونات الدرقية لازمة للتطور الطبيعي للمخ فعند نقص هذه الهرمونات يحدث في النسيج العصبي نقص في إنتاج البروتين وبطء تشعب المحاور العصبية.
2. التأثير على التمثيل الغذائي، هرمونات الدرقية تنشط كل أو معظم العمليات المرتبطة بتمثيل الكربوهيدرات، وتنشط هرمونات الدرقية كل العمليات المرتبطة بتمثيل الدهون.
3. التأثير على الجهاز الدوراني،إن هرمونات الدرقية تسبب زيادة الميتابوليزم وزيادة معدل الأكسجين وبالتالي زيادة كميات نواتج الهدم في الأنسجة. وهذه العوامل تسبب اتساع الأوعية الدموية وزيادة ورود الدم.
4. التأثير على القناة الهضمية، إن هرمونات الدرقية تسبب زيادة الشهية وكمية الغذاء المتناولة؛ تزيد معدل إفراز العصارات الهاضمة؛ تزيد حركة القناة الهضمية.
5. يحافظ هرمون الثيروكسين على إستمرارية إستثارة المراكز العصبية، وعضلة القلب.
6. يؤثر هرمون الثيروكسين في نشاط غدد الفصم الأمامي للغدة النخامية وقشرة الغدتان فوق الكلويتان والغدد التناسلية.
7. يزداد حجم الغدة الدرقية أثناء البلوغ، والحمل، والحيض، وتعود إلى حجمها الطبيعي بعد إنتهاء هذه الظروف (سالم ،عبدالرحيم و الدسوقي 2002).

ب. **الوظائف السيكولوجية:**

1- تنظيم عمليات النمو العقلي، والجنسي، والإنفعالي.

2- المحافظة على الإتزان النفسي والفسيولوجي الداخلي(يحافظ على ثبات تجانس الوسط الداخلي). (بني يونس، 2002).

أسباب اضطرابات الغدة الدرقية:

الأسباب البيولوجية:

إن حدوث خلل ما أو استثارة في منطقة ما تحت السرير البصري أو المهاد أو الهايبوثلاموس يؤدي الى حدوث اضطراب في عمل الغدة النخامية، مما يؤثر على إفراز هرموناتها، من بينها الهرمون المنشط للغدة الدرقية، فتتأثر الغدة الدرقية وتضطرب عملية إفرازها. كما أن إفراز هرمون الثيروكسين يتأثر بإستثارة الجهاز العصبي الودي (بني يونس، 2008).

الأسباب السيكولوجية:

تتأثر الغدة الدرقية وهرموناتها، بعوامل نفسية عديدة، منها : الانفعالات والضغوط النفسية، حيث أن حدوث إضطراب في الانفعالات يسبب إستثارة الجهاز العصبي الودي مما يؤثر في إفراز هرمون الثيروكسين، الأمر الذي يخلق عدم توازن داخلي سيكوفسيولوجي . وتقوم العلاقة بين العوامل النفسية والغدة الدرقية على مبدأ التغذية الراجعة (بني يونس، 2008).

متلازمة الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية المصاحبة لإضطرابات الغدة الدرقية

أعراض زيادة إفراز هرمونات الغدة الدرقية كما ورد في (سالم، وآخرون 2002):

الأعراض الفسيولوجية:

- إستثارة مفرطة في قشرة المخ.
- إزدياد في مستوى أيض المواد البروتينية، والدهنية، يرافقه التعب والإعياء السريع.
- التسارع في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم.
- إرتفاع في درجات الحرارة.
- رجفان في اليدين .
- تعرق مفرط.
- نقصان الوزن بالرغم من زيادة الشهية للطعام، وتناول كميات أكبر من الغذاء.
- النشاط الزائد.

الأعراض السيكولوجية:

- الأرق، والتهيج العصبي، والتوتر، وعدم الإستقرار الانفعالي (أي ينام قليلاً، ويكون عصبياً سريع الانفعال).
- ضعف الذاكرة.
- تأرجح في المزاج، وقلق.

- اضطرابات نقصان إفراز هرمونات الغدة الدرقية:

الأعراض الفسيولوجية:

- جلد سميك جاف وأملس.
- إنتفاخ في الوجه والشفتين، وجفون العين.
- تساقط الشعر.
- الشعور بالوهن الجسمي، والكسل .
- البرودة الجنسية.
- زيادة الوزن الناتج عن انخفاض الأيض .
- أظافر هشة سريعة الكسر.
- اضطرابات في تنظيم الحرارة، والسمع، والبصر.
- تناقص في ضربات القلب، وضغط الدم.
- تباطؤ في الكلام.

الأعراض السيكولوجية:

حدوث إضطرابات معرفية، وسلوكية، وانفعالية (بني يونس ،2002).

يعاني من نقص نشاط الغدة الدرقية إمرأة واحدة من كل 50 إمرأة ورجل واحد من كل 1000 رجل. خاصة إذا كان هناك شخص آخر في العائلة يعاني من نفس المشكلة. (www.sehha.com).

ثالثاً – غدة البنكرياس:

إن مرض السكري من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة، ويحدث بسبب عجز البنكرياس جزئياً أو كلياً عن إفراز هرمون الإنسولين، مما يؤدي الى إرتفاع مستوى السكر في الدم أكثر من المستوى الطبيعي والذي يتراوح بين 80 –126 ملغم لكل مللتر دم (بني يونس،2002).

إن غدة البنكرياس هي غدة إفراز خارجي تقوم بإفراز العصارة الهاضمة التي تصب في الإثني عشر، وغدة إفراز داخلي تقوم بإفراز هرمونات الإنسولين والجلوكاجون، لتصبها مباشرة في تيار الدم (بني يونس،2002).

تقع غدة البنكرياس تحت المعدة، ويتراوح معدل وزنها من 80 –90 غم.وتتألف من تجمعات من خلايا متخصصة غير متجانسة في تركيبها ووظائفها، تدعى جزر لانجرهانز،وتشكل من 1–3%، وهذه الجزر عبارة عن خلايا كروية الشكل، ومختلفة الحجم، وتتألف من ثلاثة أنواع من الخلايا كما ورد في (بني يونس، 2002) وهي:

- خلايا $\alpha 1$(cells– α 1) وتفرز هرموناً يسمى سوماتوستاين البنكرياسي (Pancreashic Somotostatin) الذي يعمل على كبح إفراز كل من هرموني خلايا $\alpha 2$ وخلايا β .
- خلايا $\alpha 2$ (cells– $\alpha 2$) وتفرز هرموناً يسمى جلوكاجون (Glucagon) الذي يعمل على تفكيك الجلايكوجين (مادة عديدة السكر) المخزونة في الكبد فقط، وتحويله إلى سكر الجلوكوز، مما يزيد من تركيز السكر في الدم، بينما لا يؤثر في تفكيك الجلايكوجين المخزون في العضلات.
- خلايا β (cells– β) وهي الخلايا المسؤولة عن إفراز هرمون يدعى إنسولين Insulin وتعد أكثر عدداً من خلايا α، وتشكل حوالي 75% من نسيج جزر لانجر هانز، وهذا الهرمون هو مضاد في عمله لهرمون جلوكاجون.(والشكل 3 يبين غدة البنكرياس).

آلية تنظيم سكر الجلوكوز في الدم:

يشارك كل من الكبد وهرمونات خلايا ($\alpha1$،2α، β) في تنظيم تركيز سكر الجلوكوز في الدم، من خلال:

1- قيام هرمون سوماتوستاتين البنكرياسي بكبح إفراز هرموني ($\alpha2$، β) .

2- قيام هرمون خلايا 2α بتفكيك الجلايكوجين المخزون في الكبد إلى وحداته الأولية، أي إلى سكر الجلوكوز، وبالتالي فهو يعمل على رفع تركيز سكر الجلوكوز في الدم وقيام خلايا β بخفض تركيز سكر الجلوكوز في الدم من خلال تحكمه بالأنزيمات المسؤولة عن تنظيم الجلوكوز في العضلات والكبد، بتخزينه على هيئة جلايكوجين في هذه العضلات وفي الكبد، كما يقوم بتحويل الكربوهيدرات الى دهون، وتنظيم عملية احتراق الجلوكوز في أنسجة الجسم.

3- عند إزدياد تركيز سكر الجلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي، يقوم هرمون الإنسولين بتنشيط خلايا الكبد، وهذه الخلايا تقوم بدورها بأخذ سكر الجلوكوز من الدم، وتحويله إلى جلايكوجين يتم تخزينه في الكبد، وفي حالة الزيادة المفرطة لتركيز الجلوكوز في الدم، يتم تحويله إلى دهون، يتم تخزينها تحت الجلد، وحول أعضاء الجسم. بينما في حالة إنخفاض تركيز سكر الجلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي، يقوم هرمون الجلوكاجون بتحويل الجلايكوجين المخزون في الكبد أولاً، وتحويل الدهون ثانياً، يليه تحويل البروتينات (بعد نزع مجموعة الأمين) $NH2$من الأحماض الأمينية في هذه البروتينات من قبل الكبد ،إلى سكر جلوكوز ينتقل إلى الدم (سالم، وآخرون 2002).

وظائف هرمونات غدة البنكرياس:

وظائف فسيولوجية:

1- إن هرموني الجلوكاجون والإنسولين يقومان من خلال التضاد الوظيفي في عملهما بتنظيم تركيز سكر الجلوكوز في الدم، أي المحافظة على ثبات تركيز هذا السكر، إذ يبلغ التركيز الطبيعي لسكر الجلوكوز في الدم 85 ملغم \ 100 سم3.

2- يلعب هرمون غدة البنكرياس دوراً أساسياً في تنظيم تمثيل الكربوهيدرات والدهون والبروتين، ومن المعروف أن الدهون تشكل حوالي 80% من الكمية الكلية للطاقة المخزنة

في الجسم وبروتينات النسيج العضلي تساهم بحوالي 20%، بينما يشكل الجليكوجين والجلوكوز حوالي 5.% من الطاقة المخزنة.

3- إن الإنسولين يسبب أخذ الجلوكوز وتخزينه وإستهلاكه بواسطة كل خلايا الجسم تقريباً خصوصاً في العضلات والكبد والأنسجة الدهنية، وإن نقص الإنسولين على المدى الطويل يسبب إختلال في تمثيل الدهون مما يؤدي إلى حدوث تصلب في الشرايين والذي يؤدي غالبا إلى أزمات قلبية وبعض المشاكل في الأوعية الدموية.

4- حدوث العمليات العقلية والإنفعالية (سالم، وآخرون 2002).

وظائف سيكولوجية:

- **إضطرابات غدة البنكرياس:**

لقد أصبح مرض السكري وباءً طال مختلف أرجاء الدنيا بشكل كبير، وهو في إزدياد مضطرد، حيث أن نسبة انتشار السكري في الأردن هي 32% عام 2004، وعدد مرضى السكري في الشرق الأوسط بلغ حوالي 20 مليون مريض عام 2000 وهذا العدد سوف يصل الى 50 مليوناً عام 2025 وهو عدد مرتفع جداً بالنسبة لعدد سكان المنطقة. (العجلوني، وطالب 2007).

إضطرابات ناشئة عن نقص إفراز هرمون الإنسولين:

إن مرض السكري هو من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة،التي تتصف بإرتفاع نسبة سكر (جلوكوز) الدم الناتج عن خلل في إفراز هرمون الإنسولين أو عمله على الأنسجة أو كليهما معاً.ويؤدي إرتفاع نسبة الجلوكوز في الدم إلى تلف بطيء في الأوعية الدموية وإختلال وظيفي ومن ثم إلى فشل في كثير من تحمل الأعضاء في الجسم مثل العيون والكلى والأعصاب والقلب والأوعية الدموية (العجلوني، وطالب 2007).

مرض السكري يصنف إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

1. السكري من النوع الأول (Type 1): وينتج عن نقص مطلق في إفراز الإنسولين من البنكرياس.

2. السكري من النوع الثاني(Type 2): وينتج عن نقص نسبي في إفراز الإنسولين مع زيادة مقاومة الإنسولين في أنسجة الجسم.
3. سكري الحمل (gestational DM): هو السكري الذي يشخص لأول مرة خلال الحمل وعلى الأغلب يتم التشخيص في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل حتى يكون الهرمونات المضادة للإنسولين، التي تعزز من المشيمة في أكثر تركيز لها، وعادة يختفي سكر الحمل بعد الولادة، ولكن تبقى الأم مرشحة للإصابة مرة ثانية بسكري الحمل أو السكري من النوع الثاني.
4. السكري الثانوي (Secondary DM): وهو السكري الناتج عن وجود أمراض عضوية أخرى أو تناول عقاقير تعمل على زيادة السكر في الدم. (العجلوني وطالب ،2007).

السكري من النوع الأول (Type 1 Diabetes)

يظهر لدى صغار السن وفيه يقل إفراز البنكرياس من الإنسولين كنتيجة لهدم خلايا B – cells المنتجة لهرمون الإنسولين ربما نتيجة لعدوى بالفيروس أو خلافة ويسمى هذا النوع سكري الأطفال (Juvenile Diabetes) وفي هذا النوع يقل إفراز هرمون الإنسولين بدرجات متفاوتة فقد يقل بدرجة قليل أو يختفي كلية، ويسبب غياب هرمون الإنسولين نقص الجلوكوز المأخوذ بواسطة الخلايا لذا تقوم الخلايا بهدم الدهون كمصدر للطاقة ويعالج هذا النوع بالحقن بهرمون الإنسولين لذلك فهو يسمى السكري المعتمد على الإنسولين، يتم حقن المرضى بالهرمون بإنتظام، ولضمان أنّ جرعات الإنسولين المنتظمة تعمل على كميات متساوية دائماً من جلوكوز الدم يجب على هؤلاء المرضى تناول وجبات خفيفة على فترات منتطمة للمحافظة على مستوى الجلوكوز ثابت في الدم (محمد، 2002).

مسببات السكري:

الأسباب البيولوجية:

أولاً: فشل خلايا (بيتا) ويؤدي إلى نقص مطلق في تركيز هرمون الإنسولين.

ثانياً: نقص حساسية الإنسولين على مستوى الكبد والعضلات مما يؤدي إلى نقص نسبي وفي بعض الأحيان يجتمع المسببان معاً.

ثالثاً: حدوث خلل أو إستثارة في الهيبوثلاموس، مما يؤثر في تنظيم التمثيل الغذائي لكـــل مـــن السكريات، والدهون، كما يؤثر على إفرازات الغدة النخامية، حيث تقترن زيادة الإفـــراز بالسكري، فهي تؤدي إلى عدم كفاية القلب مما يؤدي غلـــى ضـــمور جـــزء فـــي غـــدة البنكرياس، مما يؤثر على تركيز السكر في الدم، وظهور البـــول الـــسكري (العجلـــوني وطالب ،2007).

مسببات السكري من النمط الأول:

أسباب جينية، ويعتقد أنه ينشأ عن إضطراب في المناعة الذاتية، وقد يحدث بسبب عدوى فيروسية، إذ قد يخطئ جهاز المناعة ويتعامل مـــع جـــزر لانجرهـــانز (Langerhans) فـــي البنكرياس على أنها أجسام غريبة ويقوم بتدميرها، مما يجعلها عاجزة عن إنتاج الإنسولين.

أما بالنسبة لمرضى السكري من النمط (2) الذي يتمثل بزيادة تناول السعرات الحراريـــة وقلة النشاط الرياضي والغذائي، وينشأ بسبب نمط الحياة، وهناك عوامل تساهم في حدوثه مثـــل السمنة، والتعرض للضغط. (تايلور، 2008).

مسببات السكري من النوع الثاني Type 2 Diabetes:

يحدث غالبا مع تقدم العمر (بعد سن الأربعين) ويسمى مرض السكري المتأخر الظهور، وفي هذه الحالة يستمر البنكرياس بإفرازه الطبيعي من الإنسولين، لكن يقـــل عـــدد مـــستقبلات الإنسولين في خلايا الجسم المختلفة، وأهم أعراض هذا المرض هو الزيادة في الوزن، وبعـــض العلماء أشاروا إلى احتمال وجود استعداد وراثي لظهور هذا المرض، ومرضـــى النـــوع الأول والثاني من السكري لهم أعراض متشابهة وهي زيادة تكرار التبول والعطش مع شعور بالتعـــب والضعف وشعور باللامبالاة وضعف الإبصار ويمكن أن تحدث عدوى بكتيرية بالمثانة كنتيجـــة لكثرة وتكرار التبول (محمد، 2002).

السكري من النوع الثاني يسمى أحياناً بإسم مرض السكري الغير معتمد على الإنسولين، ولا يحتاج لحقن المريض بالإنسولين حيث وجود كميات كافية من الإنسولين في دم المـــريض، لكن الخلل هنا في عدد مستقبلات الإنسولين بخلايا الجسم المختلفة لذلك يكون العلاج هنا عـــن

طريق تناول وجبات خفيفة مع عدم تناول السكريات تماماً وإذا تم تناولها في صورة نـشويات معقدة (محمد، 2002).

دور الوراثة والبيئة في الإصابة بمرض السكري:

للعوامل الوراثية دور جزئي في الإصابة بمرض السكري، وتنتج من تفاعل العديد مـن الجينات الشاذة، بتأثير صغير لكل منها مع تداخل العوامل البيئية.

يتخذ نمط الإصابة بالسكري نمطاً عائلياً أي إنه يتكرر في العائلة نفسها بنسبة أكبر من نسبة حدوثه في عموم السكان.

ويمكننا تقسيم الأفراد المرضى حسب شدة أعراضهم، ولكننا لا نستطيع تقسيم الأفـراد الطبيعيين حسب درجة سويتهم، لذلك لا بد من إفتراض وجود درجات لقابلية ظهور المـرض، نسميها قابلية الفرد، وتشمل هذه القابلية التأهب الوراثي بالإضافة إلى تأثير الظروف البيئية، مما يحدد درجة قابلية معينة أو درجة تأهب معينة لكل فرد في الإصابة بالمرض.

لذا من الأهمية القصوى بمكان أن يفهم الشخص الذي لديه تأهب عـال بحكـم وجـود السكري في العائلة، أنه يستطيع تفادي الإصابة بالمرض إذا ابتعد عن كل العوامل البيئية السيئة التي تقربه أكثر فأكثر من الإصابة بالمرض وتزيد من إحتمال تحوله من شخص غير مـصاب بالسكري إلى شخص مصاب به.

وأهم العوامل البيئية السيئة تشمل: الإفراط في تناول السعرات الحرارية مما يؤدي الى البدانة، وإتباع النمط المعيشي الخالي من النشاط، أي عدم ممارسة الرياضة البدنية وقلة الحركة. (العجلوني وطالب، 2007).

مضاعفات مرض السكري:

إن مرض السكري مرضاً قد يشمل خطورة جسمية على صحة الإنسان، وعبئاً كبيـراً على كاهل الخدمات الصحية لكل المجتمعات البشرية، ومن أهم المضاعفات هي مضاعفات على العين، الكلية، الأعصاب، القلب، والأوعية الدموية، والقدم السكرية (العجلوني وطالب، 2007).

مضاعفات مرض السكري على العين:

إعتلال الشبكية وهو يهدد البصر، ويبقى السبب الرئيسي للحالات الجديدة من العمى عند البالغين ما بين الأعمار 20–74 سنة. وقد وجد في الدراسات أن نسبة فقدان البصر تشكل 3.6% عند مرضى السكري من النوع الأول و 1.6 % عند المرضى من النوع الثاني (العجلوني وطالب، 2007).

مضاعفات مرض السكري على الأعصاب:

الإعتلال العصبي السكري هو نتاج شائع لمرض السكري، ويؤدي إلى نسبة عالية من العجز والوفاة، أضف إلى ذلك التكلفة الإقتصادية الباهظة المترتبة على العناية والعلاج لتلك الظواهر لدى مريض السكري.

وإعتلال الأعصاب هو مزج مختلف الإعتلالات العصبية بأنواعها المتعددة الحسية والحركية والذاتية، وغالباً تصاب الأجهزة الحيوية مثل الدورة الدموية الكبرى والجهاز الهضمي، والجهاز البولي التناسلي بإعتلالات وظيفية.

الضعف الجنسي: يحدث ضعف في الإنتصاب بنسبة 50–75% بين مرضى السكري من الرجال، ونسبة حدوثه بين المصابين بالسكري في الأعمار 20–29 عاماً تصل الى 9% وتتزايد طردياً لتصل إلى 95% لمن هم في السن السبعين من العمر.

والأسباب المؤدية للعنّة عند السكريين متعددة وهي إعتلال الشرايين وعدم تنظيم مستوى السكر في الدم، والإعتلال العصبي، والإعتلال الهرموني، والإعتلال النفسي، والعقاقير المستعملة لعلاج السكري، وضغط الدم (العجلوني وطالب، 2007).

إعتلال الكلى السكري:

من المضاعفات الأكثر حدوثاً لمرضى السكري والمشار اليه في (محمد، 2002) والأكثر انتشاراً، ويسبب أعلى نسبة وفيات نتيجة مرض السكري، وهو السبب الرئيسي للفشل الكلوي المزمن.

الإعتلال الدهني لدى مرضى السكري:

هو المستوى غير الطبيعي للدهنيات في الدم، أو التكوين غير الطبيعي للبروتين الدهني أو كلاهما معاً، وغالباً يكون هذا الإعتلال لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، إذ ترتفع الدهنيات الثلاثية وتقل الدهنيات عالية الكثافة المفيدة, كما أن نوعية الدهنيات قليلة الكثافة قد تكون محورة بحيث تزيد قابلية تصلب الشرايين.

المضاعفات على القلب والأوعية الدموية:

ومن أهمها السكتة الدماغية إذ يزيد مرض السكري نسبة الوفيات نتيجة لأمراض القلب والسكتة من ضعفين إلى أربعة أضعاف.

قصور القلب الإحتقاني وهو عدم قدرة القلب على تأمين نتاج قلبي لإحتياجات الجسم والنسج.

القدم السكرية:

يؤدي إرتفاع نسبة السكر في الدم إلى تلف الغطاء الواقي للأعصاب فتبدأ بالتآكل والضمور.

ويحدث إنتانات وتقرحات بسبب إعتلال التئام الجروح عند مريض السكري، وكثيراً ما يحدث في الحالات الشديدة أن يتعرض مريض السكري لبتر الأطراف كالأصابع و الأقدام. (العجلوني وطالب، 2007).

زيادة إفراز هرمون الإنسولين:

هي تحدث غالباً كنتيجة لوجود أورام مفرزة لهرمون الإنسولين، وهذه الحالة لا تحدث بكثرة مثل أمراض نقص هرمون الإنسولين السابقة، والمستويات العالية من الإنسولين الناتجة عن هذه الحالة أو الناتجة عن الحقن لجرعات عالية من الإنسولين تسبب إنخفاض حاد في تركيز جلوكوز الدم وبالتالي يصبح المخ متعطش للطاقة مما يؤدي إلى مرض كومة السكر Insulin shock وهذا المرض في حقيقته خطر على الحياة, ونتيجة لهذه المضاعفات فإن معدل حياة مريض السكري يكون أقصر بشكل واضح مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من مرض السكري(محمد، 2002).

الخصائص المشتركة بين الغدة الدرقية وغدة البنكرياس :

هي غدد إفراز داخلي، تفرز هرمونات تختلف في تركيبها ووظائفها وأمـاكن إفرازهـا وتأثيرها.إن الغدتين لهما دور بارز في تنظيم عمليات التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والـدهون. تتأثر هذه الغدد بإستثارة منطقة ما تحت المهاد البصري، وإستثارة الجهـاز اللمبـي، والغـدة النخامية، وإستثارة الجهاز العصبي الودي.كما أن إفراز هرموناتها يتأثر بعوامل نفسية عديـدة مثل الانفعالات وعوامل الضيق والكآبة والضغوط النفسية.

إن الإرتباط المشترك بالغدة النخامية عند التعرض للضغوط، يجعل من الغـدة الدرقيـة والبنكرياس من أكثر الغدد ذات الحساسية العالية للضغوط النفسية والانفعالات، إذ أنها سـريعة الإستجابة لأدنى شدة مثير انفعالي أو ضغوط نفسي، حيـث يلاحـظ زملـة مـن الأعـراض الفسيولوجية المصاحبة لزيادة أو نقصان نشاطها.

تفسير إضطرابات الغدة الدرقية والبنكرياس:

هناك عدة نماذج تفسر الإضطرابات منها: النموذج الحيوي الطبي، والنموذج الإجتماعي والنموذج النفسي، والنموذج الشمولي.

- **النموذج الحيوي الطبي:**

لقد سيطر على تفكير المهتمين لأكثر من300 عام، ويرى أن جميـع الإمـراض يمكـن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة، مثل: حالات عدم التـوازن البيوكيميـائي، أو الشذوذ في العمليات العصبية الفسيولوجية، ويفترض أن العمليات النفسية أو الاجتماعية مـستقلة تماماً عن العمليات التي تؤدي إلى تطور المرض.

يقتصر تفسير الحالات المرضية على أساس التدني في مستوى الفعاليات (Low – level process) مثل: اضطرابات الخلية، أو فقدان التوازن الكيميائي، وذلك عوضاً عن الإشارة إلى دور عوامل أكثر عمومية كالعوامل الإجتماعية أو العمليات النفسية، كما أن النمـوذج الحيـوي الطبي نموذج أحادي البعد، أي انّه يقوم بتفسيرات أحادية للأمراض، فيفسر المرض من منطلق

إضطراب الوظيفة الحيوية، دون الإهتمام بتعدد العوامل المسؤولة عن تطوير الفرد للأمـــراض التي قد يرجع بعضها فقط إلى العوامل الحيوية (تايلور، 2008).

- النموذج الإجتماعي:

يرى أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس الخلل في العمليات الإجتماعية فقــط مثل ضعف المساندة الإجتماعية، دون الإشارة إلى العوامل النفسية والحيوية التي تــساهم فــي حدوث الأمراض (المرزوقي، 2008).

- النموذج النفسي:

فهو يركز على عوامل الضيق ووجود الكآبة وهي العوامل التي تؤثر سلباً على الصحة مثــل: الخوف، الحزن، القلق المستمر، ولم يركز على دور العوامل الحيوية والإجتماعية (المرزوقي، 2008).

- النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي:

لقد بين النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي أو ما يسمى بالنموذج الــشمولي أن العوامــل الحيوية والنفسية والإجتماعية، جميعها ذات أهمية في تقرير الصحة والمــرض، وعلـــى هـــذا الأساس فإن العمليات التي تتم على المستوى الإجتماعي الواسع مثل وجود المساندة الإجتماعية أو وجود الكآبة والعمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق مثل إضطرابات الخليـــة أو انعدام التوازن الكيميائي تتفاعل جميعها لكي تؤدي إلى حالة من الصحة أو المــرض (تـــايلور، 2008).

النموذج الشمولي يؤيد أن الصحة والمرض ينتجان من عدد من العوامل، وينتج عنهمـــا آثـــار متعددة، ويؤكد على عدم إمكانية الفصل بين العقل والجسد لدى النظر فـــي قـــضية الـــصحة والمرض، لأن كليهما يؤثران بشكل واضح في حالة الفرد الصحية،و يركز النموذج الــشمولي على عاملي الصحة والمرض بدلاً من أخذ المرض إنحرافاً عـــن حالـــة الإســـتقرار (تـــايلور، 2008).

وإنطلاقاً من وجهة النظر هذه تصبح الصحة أمراً يمكن تحقيقه من خلال الإنتباه إلى الحاجات الحيوية والنفسية والإجتماعية.

ولتوضيح كيف تتفاعل العوامل الحيوية مع النفسية والإجتماعية، فلقد قام الباحثون في تبني إتجاه نظرية الأنساق (Systems Theory) في تفسير الصحة والمرض، والتي تؤكد أن جميع مستويات النظام تترابط معاً بشكل هرمي تؤثر وتتأثر يبعضها البعض.

يؤكد النموذج الشمولي على أهمية العلاقة القائمة على فهم المعالج للعوامل الإجتماعية والنفسية التي تساهم في حدوث المرض، وبذلك يتمكن من تقديم العلاج المناسب، أما في حالة الشخص الذي يتمتع بالصحة فإن النموذج الشمولي يقترح بأن فهم العادات الصحية يكون فقط من خلال البنية الإجتماعية والنفسية للفرد، لأن البيئة قد تعمل على الإبقاء على عادات غير صحية، كما يمكن أن يتيح الفرصة لتطوير عادات صحية جيدة، إذا ما حدثت فيها التعديلات الملائمة، فجميع العوامل من حيوية ونفسية وإجتماعية يمكن أن يكون لها دور في شفاء المريض. (تايلور، 2008).

رابعاً- الحالات الإنفعالية:

إن الإنفعالات ظاهرة ذاتية، بيولوجية إجتماعية جزء منها مشاعر ذاتية، نشعر بها بالفرح أو الغضب، وهي أيضا ردود أفعال بيولوجية وإستجابة فسيولوجية لموقف حيث يهيأ الجسم لأن يتكيف بشكل مناسب، في الحالات الإنفعالية فإن قلوبنا وعضلاتنا وبقية أعضاء جسدنا تكون مستثارة في طرق مختلفة، وأيضا الإنفعالات لها أهدافها ووظائفها، وأخيرا الإنفعالات الظاهرة إجتماعية كونها ترسل إشارة جسدية تعبر عن نوعية الإنفعالات تجاه الأخرين خلال عملية الإتصال مثل نبرة صوتنا أثناء الحديث والحركات التي نقوم بها من خلال رموش العين(Reeve, 1997).

- **تعريف مفهوم الإنفعالات:**

يشار إلى مفهوم عملية الإنفعالات في اللاتينية بكلمة (Emovire) أما في اللغة الانجليزية يشار إليها بكلمة (Emotions) وفي اللغة العربية فإن مفهوم الإنفعالات مأخوذ من الفعل (انفعل، منفعل، إنفعالات) أي تأثر متأثر.

وتعرف الإنفعالات بأنها حالة وجدانية عنيفة تصحبها تغيرات فسيولوجية حشوية، وتغيرات حركية مختلفة، تنتاب الفرد بصورة مفاجئة وتأخذ صورة أزمة عابرة، (مؤقتة) لا تدوم طويلاً.

وهي حالة الاستعداد للفعل، ووضع الأولويات، وتدعيم المخططات، وما يصاحبها من تغيرات جسمية وتغيرات حركية، وأفعال. (بني يونس، 2007).

في تعريف ريتشارد لازورس، (Richard Lazarus, 1991) هي ردود أفعال سلوكية وأنماط استجابة فسيولوجية وخبرة ذاتية وكل هذا مترجم في عمليات التكيف والتأقلم التي يقوم بها الإنسان.

وفي تعريف جوزيف جونز (Joseph Jones, 1995) أن الإنفعالات هي خبرة استجابية لنظام معالجة المعلومات غير الرمزية. (Plutchic, 2002).

- **مكونات عملية الإنفعالات:**

تتألف عملية الإنفعالات من مزيج أو خليط مكونات مختلفة في أنواعها، ودرجتها، وهي:-

1. المكونات البيولوجية: وتشمل على العوامل الوراثية أو الجينات، والعوامل العصبية، وهرمونات جهاز الإفراز الداخلي.
2. المكونات السيكولوجية: وتتضمن الجوانب المعرفية، كاللغة أو الإشارة اللفظية، وغير اللفظية كلغة الجسد، والإدراك، والذاكرة، والجوانب غير المعرفية.
3. المكونات البيئية: وتتضمن العوامل المادية والإجتماعية، وعليه فإن الإنفعالات هي نتاج تفاعل هذه المكونات المتنوعة والمختلفة في نوعها وشدتها، وبناءً على ذلك فان الفروق في عملية الإنفعالات من حيث أنواعها ودرجتها، ناتج عن الإختلاف في اقتران هذه المكونات. (بني يونس، 2007).

أهمية الإنفعالات في حياتنا:

إننا بفضل الإنفعالات نفهم بعضنا بعضاً بصورة أحسن، كما إننا نستطيع وبدون استخدام الكلام أن نحكم على حالات بعضنا للتكيف الأمثل للعمل الجماعي والتواصل، وأن الأشخاص المنتمون إلى ثقافات مختلفة، يستطيعون إستقبال وتقييم تعابير الوجه البشري بدون أية أخطاء،

كما أنهم يتمكنون من تحديد الحالات الإنفعالية (كالفرح، والحزن، والخوف، والغضب، والاشمئزاز) من خلال تعابير الوجه. (بني يونس، 2004).

وتلعب الإنفعالات المختلفة دوراً مهماً بالغ الأثر في حياة الفرد, إذ ترتبط بدوافعه وحاجاته وميوله وبأنواع الأنشطة المتعددة التي يمارسها الفرد. فلا يوجد على الإطلاق أنواع من التعلم, أو العمل, أو اللعب, أو النشاط المبدع, أو العلاقات الإجتماعية المختلفة دون أن تصطبغ باللون الإنفعالي المميز لها, وفي الوقت الحالي يفضل الكثير من علماء النفس إطلاق إسم الإنفعالات على هذه الحالات (الريماوي، 2006).

وتنقسم الإنفعالات من حيث درجة تأثيرها على الفرد ومن حيث حالة التوتر العامة للخبرة النفسية للفرد إلى نوعين هما:

1. انفعالات إيجابية أو سارة: وهي الإنفعالات الباعثة على السعادة، والمنشطة للكائن الحي والمؤدية إلى المتعة واللذة والمرتبطة بنتائج مرغوبة، ولها انعكاسات ايجابية على الصحة الجسمية والنفسية معاً، ومنها: الفرح، السرور، الثقة بالنفس، الأمن، الحب، الفوز، النجاح.
2. انفعالات سلبية أو غير سارة: وهي الإنفعالات الباعثة للتعاسة، وتعمل على الإسترخاء، والكآبة، المؤدية إلى المعاناه والألم والى نتائج غير حميدة بالنسبة للصحة النفسية والجسمية معاً، ومنها: الغضب والخوف الضعيف (الرهاب)، والخوف القوي (الذعر)، القلق، العدوان، الكراهية، الفشل، والهزيمة.(بني يونس، 2007).

جوانب الإنفعالات:

للانفعالات ثلاث جوانب وهذه الجوانب تعد استجابات متكاملة تصدر عن الفرد بأسره وليس جوانب منفصلة وهذه الجوانب هي:

1. جانب فسيولوجي: التغييرات المرتبطة بعمل القلب, الدورة الدموية, أعضاء التنفس, والهضم, إفراز الغدد, تغير النشاط الكهربائي في الدماغ وغير ذلك.
2. جانب ذاتي: يخبره الشخص المنفعل وحده, ويختلف من إنفعال الى آخر تبعاً لنوع الإنفعال.

3. جانب خارجي ظاهري: التعبيرات والحركات والألفاظ التي تصدر عن الشخص المنفعل مثل الضحك, الصراخ, العبوس, البكاء.... وهذا هو الجانب الذي نحكم منه في العادة على الآخرين (بني يونس،2007).

تفسير عملية الإنفعالات:

نظراً للفروق في خصائص، ومكونات، وأنواع، ووظائف الإنفعالات، بالإضافة إلى الفروق في المذاهب النظرية بين جمهور علماء النفس، ظهرت نظريات عديدة في تفسير الإنفعالات، بعضها اعتمد المذهب المعرفي، وأخرى اعتمدت المذاهب الإنسانية، والوجودية، والاجتماعية.ووفقاً لمكونات الانفعالات، والتي تتألف من المكون البيولوجي (الوراثي، والعصبي، والكيميائي)، والمكون النفسي (المعرفي، والدافعي، والسلوكي)، والمكون البيئي (المادي، والاجتماعي)، فإنه يمكن تصنيف النظريات المفسرة لطبيعة الانفعالات في ثلاث مجموعات من النظريات، هي: النظريات البيولوجية، والنظريات السيكولوجية، والنظريات البيئية، والشكل رقم (2) يوضح النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها (بني يونس، 2010).

وفيما يلي عرض لبعض النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها كما ورد في (بني يونس، 2009):

أولا: النظريات البيولوجية:

يؤكد صاحب النظرية تشارلز دارون على أن التطور لا يقتصر على التطور البيوفيزيائي فحسب بل ينطبق أيضا على التطور السيكولوجي للكائن الحي، وعليه فإن الإنفعالات وفقاً لهذه النظرية ظهرت في عملية تطور الكائنات الحية، بمثابة آليات تكيفية حياتية هامة تساعد في تكيف هذه الكائنات الحية إلى الظروف والمواقف في حياتنا.

فالتغيرات الجسمية المصاحبة لمختلف الحالات الإنفعالية وبخاصة تلك التغيرات الجسمية المرتبطة بالإنفعالات الملائمة للحركة، فإنها وفقاً لرأي دارون عبارة عن أعضاء متبقية للقيام باستجابات تكيفيه واقعية عند الكائنات الحية، وتؤكد هذه النظرية على أن الإنفعالات فطرية غير متعلمة تولد مع الكائن الحي.

ثانياً: النظريات السيكوعضوية – أو السيكوفسيولوجية:

أ. نظرية العالمان (جيمس – لانج):

حيث تركز هذه النظرية على مبدأ الفصل بين الإستجابات الفسيولوجية والإستجابات الإنفعالية، إذ تعتبر أن الإستجابات الفسيولوجية لأي مثير انفعالي تظهر أولاً، ثم تليها الإستجابات الإنفعالية.

وبحسب رأي جيمس: نحن نحزن لأننا نبكي، نخاف لأننا نرتجف، ونفرح لأننا نضحك، فالإنفعالات بحسب النظرية هي عبارة عن الإحساس بتغيرات في الجسم، فإذا كانت الانفعالات قد إقترنت بطيف واسع من التغيرات العضوية المحيطية عند جيمس، فإنها اقترنت بالجهاز الوعائي – الحركي فقط عند لانج.

ب. نظرية العالمان "كينون – بارد" أو نظرية الطوارئ (Emergency Theory):

تؤكد هذه النظرية على اثر التغيرات المسببة للإنفعالات والتي يتم معالجتها في قشرة المخ، وبالتالي تؤدي إلى ظهور استجابات فسيولوجية وإنفعالية في آن واحد تقريباً.وتلغي النظرية الفصل بين الإستجابات الفسيولوجية والإستجابات الانفعالية، والتعاقب بينهما .

وتتلخص نظرية "كينون – بارد" في الخطوات الآتية:

1. يتم الإحساس بالمثيرات المسببة للانفعالات .

2. يتم ترميزها، ونقلها إلى قشرة المخ، حيث تقوم بمعالجة هذه المثيرات .

3.ترسل قشرة المخ إشارات إلى المهاد (السرير البصري)، والذي يقوم بدوره بإرسال إشارات إلى أعضاء الجسم، فتحدث تغيرات فسيولوجية.

4. تقوم قشرة المخ بإرسال إشارات أخرى إلى أجزاء عليا في المخ، حيث يتم معالجة هذه الإشارات، فتظهر على هيئة تجربة أو خبرة انفعالية.

ج. نظرية الاستثارة للعالمين (ليندسي – هب):

وفقا لهذه النظرية، فان الحالات الإنفعالية تظهر تحت تأثير الجزء السفلي من جذع الدماغ (أي عند تأثير التكوين الشبكي)،وعليه تظهر الإنفعالات نتيجة لإختلال التوازن في التراكيب الملائمة من الجهاز العصبي.

وتستند هذه النظرية إلى عدة مباديء، منها:

1.إن طريقة تخطيط الدماغ الكهربائي للمخ الناشئة أثناء الانفعالات، ما هي إلا تعبير أو إنعكاس لنشاط التكوين الشبكي.

2. إن عمل التكوين الشبكي يحدد العديد من الباراميترات الدينامية للحالات الانفعالية مثل شدتها، ومدة استمرارها ،وتغييرها.

أما العالم هب فقد تمكن تجريبياً من الكشف عن العلاقة بين نوع وشدة الإستثارة الانفعالي من جهة، وفاعلية أداء الإنسان من جهة أخرى.والشكل رقم (3) يوضح ذلك.

ولتحقيق أعلى درجة أو مستوى في أي أداء، فإن من غير المرغوب به أن تكون شدة الإستثارة الانفعالية ضعيفة للغاية، أو قوية لغاية، ويوجد عند كل شخص فينا قابلية إستثارة انفعالية مثلى، تعمل على تأمين أقصى مستوى في فاعلية الأداء.

د. النظرية المعرفية للعالمان (شاكتر، فستنجر):

تلعب العوامل المعرفية – السيكولوجية دوراً كبيراً في ديناميات الحالات الإنفعالية، منها نظرية التنافر– التآلف المعرفي للعالم فستنجر، والنظرية المعرفية – الفسيولوجية للعالم شاكتر.

لقد ظهرت نظرية التنافر – التآلف المعرفي في علم النفس المعرفي، ويقصد بمفهوم " التنافر المعرفي" التناقض في منظومة المكونات الإنفعالية والسلوكية والمعرفية لدى الإنسان،

الأمر الذي يؤدي إلى ظهور حالات انفعالية سلبية أو غير سارة، يمكن أن تظهر على هيئة توتر قلق، خوف، غضب، وبالتالي تعمل على إستثارة الإنسان للقيام بسلوك هادف، للتغلب على هذا التناقض المعرفي، وتظهر الإنفعالات الإيجابية عند الإنسان عندما تتحقق توقعاته وتتجسد تصوراته المعرفية في الحياة، أي بمعنى حينما تنسجم النتائج الحقيقية للأداء، مع المقاصد والنوايا، حينها يحدث تآلف معرفي، بينما تظهر الانفعالات السلبية وتزداد في تلك الحالات التي يكون فيها تناقض ما بين النتائج المتوقعة والنتائج الفعلية للأداء.

ثالثا: النظرية البنائية الإجتماعية:

تؤكد هذه النظرية وتعترف بالأصل البيولوجي للإنفعالات، إلا أنها تأخذ بعين الإعتبار الإطار الثقافي الإجتماعي الذي يتم فيه التعبير عن الإنفعالات، وهذا يعني أن الظروف الإجتماعية والثقافية تساهم في تشكيل الإنفعالات عن طريق الممارسات اللغوية، والأحكام الأخلاقية، إذ لا يكون تأثير ذلك في وضع قيود على التعبير عن هذه الإنفعالات فحسب، بل عن طريق التأثير فيها، وصقلها أيضا، وعليه يتم تفسير الأحاسيس والمشاعر بأنها انفعالات من درجة عاليا.

رابعاً: النظرية الوجودية والإنسانية:

- النظرية الوجودية:

يوضح سارتر في تحليله للإنفعالات أنها ليست سوى نموذج على كيفية استخدام المنهج الفينومينولوجي في الكشف عن ماهية الظواهر، حيث انطلق سارتر في تفسيره لظاهرة الإنفعال من الأنا (الشعور) على أساس أن الإنفعال هو الشعور، كما أكد على العلاقة القوية والمتبادلة بين الشخص المنفعل وموضوع الإنفعال وهو مبدأ قصدية الوعي، وهذا يعني أن الموضوع أو الموقف يبقى حاضراً أو موجوداً في شعور الشخص المنفعل حتى لو بدا لنا أن هذا الشخص يبتعد عن الموضوع.

- النظرية الإنسانية:

تعتبر نظرية كارل روجرز من النظريات الإنسانية المهمة في الشخصية، وهي مستمدة من مباديء الفلسفة الفينومينولوجية ،التي محورها الذات والعلاج المتمركز حول العميل، وتتمحور نظريته حول تحقيق الذات وكيفية التوصل إلى هذا الهدف.

لقد تحدث كارل روجرز عن الإنفعال بأنه يرافق السلوك المتجه نحو هدفه" تحقيق الذات" ويسهل مهمة هذا السلوك في الوصول إلى الهدف، والسلوك يؤثر في الإنفعالات من حيث نوعه وشدته، فالسلوك المدرك الذي يكون بالغ الأهمية بالنسبة للشخص تكون شدة إنفعاله كبيرة ويهتم به، إما إذا كان السلوك غير مهم بالنسبة له فان شدة انفعاله تكون قليلة، كما يؤثر السلوك في نوع الإنفعال من حيث الإنفعالات غير السارة والإنفعالات الهادئة. (بني يونس، 2007).

خامساً: نظرية التطور السيكولوجي للإنفعالات للعالم بلوتشيك:

Psychoevolutionary theory of Emotions Robert plutchik.

تشتمل هذه النظرية على ثلاث نماذج وتسمى النموذج البنائي والنموذج المتعاقب، والنموذج الثانوي (المشتق).

النموذج البنائي: إننا ندرك الخلاف في شدة الإنفعالات مع أنها متشابهة إلى حد ما، كما أن للإنفعالات طبيعة قطبية ويرى هذا النموذج أن هناك انفعالات أوليه أساسية وبقية الإنفعالات تتفرع منها.

النموذج المتعاقب: ويشير النموذج إلى تعاقب الشعور بالإنفعال مع التغيرات الفسيولوجية التي تحدث.

أما النموذج الثانوي: فهو يشير إلى أن سلوكات الإنسان مشتقة عن سلوكات أدنى منها مثل سلوكيات الحيوان وأن سلوك الراشد مشتق عن سلوك الرضيع، وتفترض النظرية أن الإنفعالات أساس وهذا الأساس تشتق منه أنماط الشخصية المعبرة عن الأفراد.

وفي ضوء هذه النظرية، يمكن القول بأن :

- الانفعالات تحمل صفة العمومية، وتبدو في شكل معين عند كل الناس وكل الحيوانات.
- الانفعالات مفيدة لأنها توصل حالات عديدة من الخوف والغضب والتهديد والسعادة، بإعتبارها مؤثرة في سلوك الناس الآخرين.

- غالباً ما تكون الانفعالات خليط أو مزيج، لأن عدة أشياء تحدث في نفس الوقت .
- تعمل الانفعالات كمصدر للطاقة أو المضخم للسلوك.
- إن الانفعالات هي المظاهر المركزية لحياتنا الاجتماعية، وتؤثر في كافة علاقاتنا الإجتماعية (Plutchik, 2003).

خامساً- مصادر الضغط النفسي:

بينما يرتبط الضغط النفسي بمدى واسع من الاضطرابات النفسيّة والجسديّة, فإنّ مصادر المواجهة (Coping Resources)تعدّ بمثابة عوامل تعويضيّة تساعدنا على الإحتفاظ بالصحة النفسيّة والجسديّة معاً بشرط أن يعي الفرد كيفية التحمل, وما هي الإستراتيجيّات الملائمة لمعالجة موقف ما، فالمواقف الضاغطة عموماً إذا تضمّنت تحقيق مطالب في حدود إمكانات الإنسان وقدراته, فإنّها تساعد على تحقيق التوافق, أمّا إذا كانت المواقف الضاغطة تفوق قدرات الفرد فإنّها تؤدّي به إلى الشعور بالقلق, والإكتئاب, والضغط النفسي (حسين , 2006).

تعريف الضغط النفسي:

إن الضغوط النفسية هي ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد والعلاقة بين أبعادها دائرية، ولم يتفق العلماء على تعريف معين، يمكن أن يعكس الناحية الكيفية والكمية للضغوط النفسية.

الضغط Stress باللغة الإنجليزية تشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي (الفيزيقي)، الإجتماعي، النفسي، والتي يكون لها قدرة على إنشاء حالة ضغط ما. (الرشيدي، 1999).

ويمكن تعريف الضغط النفسي بأنه حالة استثارة للعقل والجسم كإستجابة لمتطلبات تفرض على الأفراد. (المرزوقي، 2008).

الضغط هو إستجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب يكتفي، سواء كان هذا المتطلب بسبب الفرح أو الألم. وهو إستثارة الأدرينالين وحدوث اضطرابات في الجهاز الهضمي، وحدوث نقصان الوزن مع إختلاف كيميائيات الجسم. (Selye, 1976).

إن الضغط مثير وهنا هو يشير إلى شيء خارجي، وهو أيضاً استجابة داخلية، وهنا هو يشير إلى شيء داخلي؛ حيث تحدث داخل الفرد عمليات الدافعية والدفاعية والتكيف، وهذه العمليات تساعد في النمو والتطور. والضغط أيضاً هو استجابات الجسم الفيزيائية لمتطلب ما، وأن وظيفة تلك الاستجابات هي دعم الجهد السلوكي والنفسي للفرد في محاولة الوصول إلى التكيف. (Rice, 1999).

مصادر الضغوط:

إن الإنسان عادة يتعرض إلى أنواع متعددة من الضغوط في حياته، وإن مصادر الضغوط الواقعة على الإنسان تحيط به من كل جانب، وقد لا تنتهي علماً بأنها تختلف من فرد لآخر، كما أنها تختلف لدى الفرد الواحد من مرحلة إلى أخرى عبر المراحل النمائية التي يمر بها في حياته (حسين، 2006).

مصادر الضغوط توجد في جميع البيئات سواء كانت بيئة طبيعية أو نفسية أو إجتماعية، فعلى المستوى الأسري والمهني والتربوي والثقافي وغيرها من مجالات الحياة يواجه الفرد سلسلة من الضغوط مما يستوجب ضرورة الإستجابة نحو المثيرات الضاغطة في البيئة، وعادة تكون الإستجابة غير ملائمة؛ فنحن نتعامل دائماً مع ضغوط داخلية وخارجية لا يستطيع الفرد الهروب منها (حسين، 2006).

وعلى هذا فإن مصادر الضغط هي عبارة عن المثيرات التي تؤدي إلى ظهور استجابة الضغوط (المواجهة أو الهروب) لدى الشخص. (حسين، 2006).

لقد صنفت مصادر الضغوط النفسية إلى:

أولاً:

1. مصادر بيولوجية: كالسموم والحرارة والبرودة.

2. مصادر نفسية: انخفاض تقدير الذات وفقدان الحب والقلق والإكتئاب والإحباط والصراع النفسي والطموح الزائد والتنافس وطرق التفكير السلبية.
3. مصادر إجتماعية: الطلاق، وموت شخص عزيز.
4. مصادر بيئية: الخسارة المادية، الهجرة.
5. مصادر وجودية: غياب المعنى والهدف في الحياة لدى الفرد.
6. مصادر مهنية: ترك العمل، زيادة عبء العمل كماً وكيفاً، البطالة.
7. مصادر أكاديمية: صعوبة المناهج وعدم مراعاتها لمبدأ الفروق الفردية، تجاهل الإهتمام بميول وقدرات الطلاب، طرق التدريس التقليدية، نظام التقويم والمنافسة بين الطلاب. (حسين، 2006)

ثانياً:

1. مصادر داخلية: وهي التي تنبع من داخل الفرد، وتركز على دور الإستعداد الشخصي في مواجهة هذه المصادر، وانعكاس تلك المواجهة على الصحة النفسية والبدنية للفرد. ومن هنا تبرز علاقة شخصية الفرد بالضغوط، فقد وجد أن سمات مثل: التسلطية، الإنبساطية، وتحمل الضغوط، والقلق، والحالة الإنفعالية، ونمط (أ) من الشخصية، ودرجة التفاؤل، وغيرها من السمات التي لها علاقة في نوعية الإستجابات السلوكية للمواقف المختلفة، تساهم هذه السمات الشخصية سلباً أو إيجاباً في الضغوط الواقعة على الفرد. (المشعان، 2004)
2. مصادر خارجية: وهي التي تأتي من البيئة الخارجية وهي كثيرة مثل الضوضاء والزلازل والأعاصير وضغوط القيم والمعتقدات والصراع بين العادات والتقاليد والمنغصات اليومية وتغيرات الحياة والقلق والإكتئاب والمرض والديون. (حسين، 2006)

الإحساس بالضغط وطبيعة الإستجابة للضغوط:

يشعر الفرد بالضغط من خلال ديناميكية فسيولوجية وسيكولوجية ناتجة عن إدراك حوادث خطرة ومهددة ومعيقة لإشباع الحاجات وتحقيق الأهداف، ووجود أعباء ومتطلبات تفوق قدرة الفرد، ويبذل الجهاز الفسيولوجي والنفسي جهوداً تكيفية لتفادي هذه الإجهادات والتغلب عليها. فمن الناحية البدنية تحدث اختلالات في الإتزان العام للجسم، واضطراب في الجهاز الغدي،

وسرعة جريان الدم، وزيادة في ضربات القلب، وزيادة في النبض. أما من الناحية النفسية تظهر اختلالات في دفاعات النفس، تشوهات في الإدراك، تغيرات في المزاج (الرشيدي، 1999)

تختلف إستجابات الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة من فرد لآخر، وتتحدد استجابة الفرد بثلاثة أمور، وهي خصائص الشخصية لدى الفرد، وتاريخ الضواغط ويعني ذلك أحداث الحياة الرئيسية والفرعية التي مر بها الشخص في الماضي، والتي تؤثر على استجابته للضغط، وكذلك بمصادر المواجهة (Coping Resources) المتاحة لديه للتعامل مع الحدث الضاغط (Selye, 1978).

إن إستجابة الفرد للضغط تنشأ عندما يدرك الموقف بوصفه ضاغطاً، ويشعر أنه ليس لديه مصادر كافية لمواجهة الموقف، فإستجابة الضغط هي عبارة عن رد فعل معين يصدر عن الفرد لمواجهة المثيرات أو الأحداث الضاغطة في البيئة، وتتضمن استجابة الضغط عدة مكونات، وهي مكونات معرفية وفسيولوجية وإنفعالية وسلوكية وتتكامل جميع هذه المكونات في ظهور رد الفعل.

الإستجابات الفسيولوجية: زيادة ضربات القلب، توتر العضلات، زيادة إفراز الغدد، اتساع حدقة العين، زيادة نسبة السكر في الدم.

الإستجابات المعرفية: التفكير المشوه أو المشوش، انخفاض التركيز.

الإستجابات الإنفعالية: الإنزعاج، العدوان، الخوف.

الإستجابات السلوكية: سلوك التجنب أو الهروب من الموقف، سلوك المواجهة أو القتال. (حسين، 2006).

الآثار المترتبة على الضغوط:

تسبب شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها إلى ظهور كثير من التأثيرات السلبية على شخصية الفرد. وفيما يلي وصف لبعض الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط:

1. الآثار المعرفية: تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد، ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة مثل حدوث ضعف في الإنتباه وصعوبة التركيز، تدهور الذاكرة، عدم القدرة على إتخاذ القرارات ونسيان الأشياء، فقدان القـدرة علـى التقيـيم المعرفـي الصحيح للموقف، ضعف القدرة على حل المشكلات.
2. الآثار الإنفعالية: سرعة الإستثارة، الخوف، القلق، الإحباط، الغضب، زيادة التوتر النفسي والفسيولوجي، زيادة الشعور بالعجز واليأس، عدم القدرة على الـتحكم فـي الإنفعـالات والسلوك، التردد، انخفاض تقدير الذات، والإحتراق النفسي، فقـدان الرغبـة الجنـسية، الكوابيس، سرعة البكاء(حسين،2006).
3. الآثار الفسيولوجية: تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد وفي الجهاز العـصبي مثل ارتفاع كمية الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وإرتفاع ضغط الدم، وزيادة عملية التمثيل الغذائي مما يؤدي إلى الإنهاك، إرتفاع مستوى الكوليسترول في الدم.
4. الآثار السلوكية: إستجابات سلوكية غير مرغوبة، إضطرابات لغوية مثل التأتأة والتلعـثم، انخفاض إنتاجية الفرد، تزايد معدلات التغيب عن العمل أو المدرسة وعدم الرضا عنهـا، تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر، إضطرابات النوم وإهمال المنظر والصحة، عـدم الثقـة بالآخـرين والإنسحـاب والعزلـة، التـغير المـفاجئ فـي العـادات الإجتماعية (حسين، 2006).

النظريات والنماذج المفسرة للضغوط:

أولاً: نظرية التكيف العام للعالم سيلي (The General Adaptation Syndrome- Selye):

تؤكد هذه النظرية على دور المؤثرات الخارجية في الإصابة بالضغط النفسي، كما أكـد سيلي على دور الضغط النفسي في الأمراض الجسمية، وأحداث الحياة الهامة كالموت أو الطلاق أو الزواج أو التقاعد أو الإصابة بمرض. فهو يتحدث عن ثلاثة مراحل للتكيف أو التعامل مـع الضغوط وهي:

1.مرحلة التنبيه: وفيها يجهز الجسم نفسه للتفاعل مع مصدر الضغط للمواجهة والهرب، وذلك بإفراز هرمونات الأدرينالين من الغدد الصماء، يترتب عليها زيادة سرعة ضربات القلب، زيادة في معدل التنفس وتوتر العضلات.

2.مرحلة المقاومة: وفيها يحاول الفرد الدفاع عن نفسه تجاه مصدر التهديد بكل ما يملك من طاقة نفسية وجسمية. وفي هذه المرحلة يشعر الفرد بالتعب والقلق ويحاول مقاومة مسببات الضغط، فإذا استطاع النجاح والتغلب على المشكلة فإن أعراض الضغط تزول. وإذا لم يستطيع الفرد التغلب على مسببات الضغط تظهر بعض الأمراض مثل قرحة المعدة،وإرتفاع الضغط، واذا استمر يعاني منها لفترة طويلة فإنه ينتقل الى المرحلة الثالثة.

3.مرحلة الإنهاك: إذا لم يستطع الفرد التغلب على مسببات الضغط في المرحلة الثانية، فإن طاقة الفرد تستنزف ويصبح عرضة لمشكلات سوء التوافق والإصابة بالأمراض (Selye, 1978).

ومن الإنتقادات التي وجهت إلى نظرية سيلي أنها لم تتطرق إلى دور العوامل النفسية والاجتماعية في الضغوط النفسية، وأغفل أيضاً دور العوامل المعرفية في ذلك. كما أنه قيَّم الضغط على أنه نتيجة، مما يعني أن الضغط يكون واضحاً فقط عند المرور بالمراحل التي تتضمنها أعراض التكيف العامة، علماً بأن كثير من الناس يتعرضون للآثار المرهقة التي تنجم عن استمرار التعرض للأحداث الضاغطة أو حتى بسبب توقع حدوثها. (Rice, 1999).

ثانياً: نظرية عملية التكيف المتبادل لـ لازاروس وفولكمان:

(Stress a Dynamic Transactional Coping Process)

يعتبر لازاروس العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليست الاستجابة اللذان يحددان الضغط، ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط. ولقد أولى لازاروس أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للإستجابة الإنفعالية. وقد اهتم بدراسة المنغصات والمعيقات اليومية، وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير إلى كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة، ويضيف أن الضغط ليس مثيراً أو استجابة، بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (حسين، 2006)

ثالثاً: نظرية المواجهة أو الهروب(الكر و الفر) لكانون (Fight or Flight):

يركز كانون على فكرة التوازن في تفسيره للضغط النفسي، حيث يرى أن الفرد يعمل على المحافظة على حالة التوازن الداخلي لديه عند تعرضه للضغط.

وعرف الضغط على أنه مجموعة من المثيرات الفسيولوجية والإنفعالية التي تجعل الإنسان يتصرف بطريقة ما من أجل استعادة التوازن، لذلك أي حدث لا يبقي أو يحافظ على التوازن الداخلي يعتبر مؤثراً ضاغطاً، حيث اعتبر أن الضغط مؤثر بيئي. (تايلور، 2008)

رابعاً: نظرية الصلابة ومقاومة الضغط لكوباسا ومادي: (Hardiness and Stress Resistances)

ترى صاحبة هذه النظرية Kobasa أن الأشخاص الذين لديهم قدرة عالية على التحمل هم أقل احتمالاً للتعرض للضغط النفسي، ويتميز هؤلاء الأشخاص بالإلتزام، والضغط (التحكم) والتحدي. وقد ميزت كوباسا بين مجموعتين ممن يعانون من الضغط:

- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض.
- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع.

وقد تميز أفراد المجموعة الأولى بالإنضباط الذاتي ورؤية الحياة كأنها سلسلة من التغيرات المرحب بها وبالإنخراط بالأشياء وما يحيط بهم، بينما يتميز أفراد المجموعة الثانية بالإغتراب الذاتي وقلة الحيوية وقلة معنى الحياة أو الشعور بغياب معنى الحياة (المرزوقي، 2008).

علاقة الأجهزة التنظيمية بالانفعالات والضغوط النفسية:

تؤثر الضغوط على جهاز المناعة في الجسم،حيث يؤدي الضغط النفسي الى حدوث نشاط زائد في نسبة الهرمونات الانفعالية،وهي هرمون الأدرينالين وهرمون الكورتيزون (والذي يفرز من الجزء القشري في الغدة الكظرية).

إن زيادة هرمون الكورتيزول تؤدي إلى تثبيط نشاط كريات الدم البيضاء، وهـذا الأمـر يؤدي إلى حدوث ضمور في الأجهزة اللمفاوية، ويترتب على ذلك نتائج خطيرة تتمثل في نقص مناعة الجسم ،وإذا نقصت مناعة الجسم فإن عملية غزو الجراثيم للجسم تزداد، وتزداد بالتـالي الإصابة بالامراض المختلفة، فيصاب الفرد بالأمراض بسهولة نتيجة ضعف جهازه المنـاعي(الرشيدي،1999).

وتؤثر أيضاً بالجهاز العصبي، وبخاصة المناطق الموجودة في قشرة المخ، والمسؤولة عن تنظيم الانفعالات، والجهاز اللمبي، والوطاء ،والمهاد، والمخ المستطيل، والجهـاز الـسمبثاوي، والباراسمبثاوي،(الودي وشبه الودي)، وجسر فارول(بني يونس،2008).

أما بالنسبة لتأثيرها على جهاز الإفراز الداخلي، فهي تؤثر على هرمونات الطبقة الداخلية في الغدتين الكظرتين (أدرينالين والنورأدرينالين)، والطبقة الخارجية فيهما، والغـدة الدرقيـة، وغدة البنكرياس.

وتوجد علاقة ارتباطية بين الوطاء، والغدة النخامية ،والجهاز اللمبي، والتكوين الـشبكي، والجهاز العصبي الودي ونظير الودي، والغدتان الكظريتان، وذات صلة مباشـرة فـي تنظـيم الانفعالات(بني يونس،2008).

ثانياً: الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة

فيما يلي عرض للدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة بالحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان:

وفي حدود علم الباحثة فإنه لا توجد دراسات تناولت متغيرات الدراسة الحالات الإنفعالية والضغوط النفسية لدى مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس، رغم وجود الإسناد النظري لهذه العلاقة، الأمر الذي يعزز من أصالة الدراسة الحالية في دراسة هذه المشكلة.

وفي دراسة قام بها العجلوني (2007) هدفت إلى تحديد نسبة انتشار مرض السكري من النوع الثاني في الأردن، ولقد تكونت العينة من 1121 مريض أعمارهم 25 سنة فما فوق، وتم اختيار العينة عشوائياً من المرضى المشخصين بمرض السكري،أظهرت الدراسة أن معدل العمر هو 17.1% ولا توجد فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث. وبمقارنة النتائج بالمسح الذي تم عام 1994 فإن هناك زيادة مثيرة للإهتمام في نسبة إنتشار السكري بـ31.5% وأن نسبة إنتشار مرض السكري في الأردن كبير ويحدث بشكل متزايد، مما يدعو إلى زيادة الإهتمام بقيام المرضى بالسيطرة على مرض السكري.

وفي دراسة قام بها شديفات (2004) هدفت الى التعرف على الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري ببعض المتغيرات. تكونت عينة الدراسة من الأفراد في الفئة العمرية بين 10 – 18 سنة، والمصابين بمرض السكري من النوع الأول في المركز الوطني للسكري، مستشفى الجامعة، مستشفى البشير، ومستشفى الأمير حمزة،أظهرت الدراسة بأنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في الضغوط النفسية ترجع الى عدد مرات دخول المستشفى، حيث كلما زاد عدد مرات دخول المستشفى زادت الضغوط النفسية. وأن الإناث يتعرضون لضغوط نفسية أكثر من الرجال.والأطفال في مرحلة المراهقة أكثر عرضة للضغوط النفسية من الأطفال الأقل عمراً.

وفي دراسة تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة ومرض السكري قام بها نيل(Neal,1995)، هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية وأثرها على مستوى السكر في الدم ،وذلك من خلال بيانات مسح اجتماعي ، تم تطبيقه على عينة من الشباب .توصلت الدراسة إلى أن الضغوط الاجتماعية ترتفع في الأدوار الاجتماعية الهامة للبالغين ، حيث يرتبط مرض السكري بالضغوط الاجتماعية أكثر من ارتباطه بالأدوار الاجتماعية الأقل أهمية ،كما دلت النتائج على أن نقص الدعم الاجتماعي يؤثر على صحة الفرد المصاب بمرض السكري، مما تؤثر ضغوط الحياة على غالبية الأدوار الاجتماعية.

وقد أجرى جريفث وفيلد ولستمان (Griffith,Field,& Lustman,1990) دراسة تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة والدعم الاجتماعي لدى مرضى السكري، وقد تم فحص 80 مريضاً مصاباً بالسكري ، حيث تم قياس مستوى الجلوكوز في الدم من خلال استخدام اختبار الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي(Aba1) ، واستخدم مقياس التدعيم الاجتماعي، لقياس الدعم الاجتماعي. وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة مثيرة للإهتمام بين المتغيرات ، حيث أن اختلاف مستوى الضغط النفسي ومستوى التدعيم الاجتماعي، رافقه وجود اختلاف في مستوى الجلوكوز في الدم .لذا تقترح الدراسة ضرورة تضمين الدعم الاجتماعي في علاج مرضى السكري.

وفي دراسة قام بها الحواجري (2004) هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية. ولقد تكونت عينة الدراسة من (72) فرداً من الذكور والإناث ومنهم (43) من المرضى المصابين بالقرحة الهضمية بمستشفى الجامعة الأردنية، كما تم إختيار عينة ضابطة مماثلة لهم من حيث العمر والجنس بلغت (29) فرداً من غير المصابين. وأظهرت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالقرحة الهضمية وغير المصابين على شدة الضغوط النفسية، حيث أظهرت النتائج أن المرضى المصابين بالقرحة الهضمية يعانون من الضغوط النفسية بدرجة أكبر من غير المصابين. كما أظهرت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على نوع الضغوط النفسية، حيث أن المرضى المصابين بالقرحة الهضمية يعانون من الضغوط الدائمة بدرجة أكبر من غير المصابين.

وفي دراسة قام بها الكراسنة (2010)، هدفت إلى التعرف إلى كل من أنواع الحالات الانفعالية السائدة، ومستوى الإكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين

بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن. ولقد تكونت عينة الدراسة من 302 فرد منهم 102 مريضاً ومريضةً بالتصلب اللويحي المتعدد. كما تم اختيار عينة مكافئة لها بالعدد والعمر والجنس من الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي. وأظهرت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في الحالات الانفعالية بين المصابين بمرض التصلب اللويحي، فقد تبين أن مستوى كل من الغضب والخوف والحزن أعلى لدى عينة المصابين بمرض التصلب اللويحي، أما حالة السرور كانت أعلى لدى عينة غير المرضى. وأن قيمة ما فسرته الضغوط الأسرية في متغير الإصابة بلغ 12 %، وهي تعد من العوامل المساهمة في استمرارية حدوث الهجمات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

وقد أجرت عابد (2003)، دراسة هدفت إلى قياس مدى التوافق بين الأمراض المزمنة(مرض ضغط الدم والسكري) الذين يراجعون العيادات التابعة لوزارة الصحة في مدينة نابلس، ولقد تكونت العينة من 321 مريضاً.وأشارت النتائج إلى أن 6.5% من المرضى غير متوافقين،و 51.4% توافق جزئي، 42.1% من المرضى أظهروا توافقاً جيداً، وأن العلاج الدوائي المتعدد زاد من احتمالية عدم التوافق، ومرضى السكري لديهم امتثال مرتفع لمتطلبات العلاج أكثر من مرضى ضغط الدم.

إن الدراسات السالفة الذكر كل منها تناول متغير واحد فقط من متغيرات الدراسة الحالية، وبحسب علم الباحثة، فإنها لم تتمكن من الحصول على دراسات تناولت متغيرات الدراسة بصورة مباشرة سواء كانت دراسات عربية أو أجنبية، مما يضفي على هذه الدراسة بإعتقاد الباحثة طابع الحداثة والأصالة، فهي تقيس الحالات الإنفعالية المميزة والضغوط النفسية لدى مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

تحاول الباحثة في هذا الفصل تقديم صورة عن عينة الدراسة وطريقة اختيارها إضافة إلى الأدوات التي استخدمت لجمع البيانات وأدلة صدقها وثباتها. كما يتناول هذا الفصل وصفاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تطبيق الأدوات وتصحيحها والحصول على النتائج ومن ثم بيان متغيرات الدراسة وطريقة المعالجة الإحصائية.

منهجية الدراسة:

لقد قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي وذلك لملائمته لمتغيرات الدراسة.

أفراد عينة الدراسة:

لقد اختيرت عينة متاحة من الأفراد المصابين باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس، بلغت (160) مصاباً، منهم (80) مصاباً باضطرابات الغدة الدرقية،و(80) مصاباً باضطرابات غدة البنكرياس ،والمراجعين لعيادات الغدد الصماء في مستشفيات مدينة عمان، و(160) فرداً من غير المصابين باضطرابات هذه الغدد، وغير المراجعين لهذه العيادات،للفترة الزمنية الممتدة من (1-2-2010) إلى (15-3-2010). وتم توزيع الإستبيانات من قبل الباحثة فقط وكانت تقوم بالقراءة للمرضى غير القادرين على ذلك.والجدول (1) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديمغرافية والمستخدمة في الدراسة.

الجدول 1. توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديمغرافية

الجنس			العمر			الحالة الاجتماعية			المستوى التعليمي		
الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%	الفئة	التكرار	%
أنثى	190	59.5	أقل من 20	9	2.8	أعزب	101	31.6	أمي	26	8.1
ذكر	130	40.6	20–30	80	25		216	67.5	ثانوية عامة	116	36.3
			30–40	53	16.6		3	.9	دبلوم	52	16.3
			40 فما فوق	178	55.6				بكالوريوس	110	34.3
									دراسات عليا	16	5
المجموع	320	100		320	100					320	100

أدوات الدراسة:

أولاً- مقياس الحالات الإنفعالية:

لقد استخدمت الباحثة المقياس الذي قام بتطويره (بني يونس، 2008) وهو عدد من المواقف الحياتية بواقع 46 موقفاً، لكشف عن أربع حالات انفعالية يشعر بها الفرد في اللحظة الحالية وهي: السرور، الغضب، الحزن، والخوف. وتعبر الفقرات (1-4-5-12-15-17-23-26-30-34-45-46) عن حالة الخوف، والفقرات التي تعبر عن حالة الغضب هي(7-8-11-16-19-31-32-33-35-39-42-44)، والفقرات (3-9-13-14-18-22-24-28-36-40-43) تعبر عن حالة السرور، أما الفقرات التي عبرت عن حالة الحزن(2-6-10-20-21-25-27-29-37-38-41)ومقابل كل ظرف يوجد تدريج لفظي رباعي وهو: (نعم) وتعطي أربع علامات، (نعم إلى حد ما) وتعطي ثلاث علامات، (لا إلى حد ما) وتعطي علامة واحدة. و(لا) وتعطي صفر علامة ,ودرجة القطع (2)، والمبين في الملحق رقم (1).

صدق المقياس:

قام بني يونس (2008) بالتحقق من صدق محتوى المقياس، من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات علم النفس والارشاد النفسي، في

الجامعة الاردنية، وجامعة عمان الاهلية. حيث وجدت نسبة اتفاق عالية تصل إلى 88% بين المحكمين من حيث وضوح صياغة الفقرات وانتمائها للمجال السلوكي الذي تقيسه. وقد اقترح المحكمين بعض التعديلات الطفيفة في صياغة (3) فقرات والتي تم مراعاتها في صورة المقياس النهائية.

ثبات المقياس:

قام بني يونس (2008) باستخراج ثبات الإتساق الداخلي للقائمة باستخدام معادلة كرونباخ الفا، والتي تراوحت قيمها ما بين (0.77–0.83) حيث تعد هذه المؤشرات مناسبة لأغراض الدراسة.

ثانياً– مقياس مصادر الضغوط النفسية:

لقد قامت الباحثة بتطوير مقياس مصادر الضغوط النفسية، مستفيدة من عدد من المقاييس التي كانت تقيس الضغوط النفسية إضافة إلى أدبيات الموضوع.

يقيس هذا المقياس مصدرين أساسيين للضغوط النفسية وهما أولاً المصادر الذاتية (الداخلية) وتشمل مصادر بيولوجية ومصادر معرفية ومصادر انفعالية.

ثانياً: مصادر موضوعية (خارجية) وتشمل مصادر مادية ومصادر اجتماعية، ويتألف من 44 فقرة، والفقرات (1–18) تعبر عن المصادر البيولوجية، والفقرات (19–33) تعبر عن المصادر الداخلية المعرفية– الانفعالية،والفقرات (33–44) تعبر عن المصادر الخارجية.

صدق المقياس:

قد قامت الباحثة لمعرفة صدق المقياس بعرض المقياس على محكمين مختصين(*). والذين ارتأوا عدد من التعديلات البسيطة، وقد تراوح الاتفاق بين (77%–90%) على فقرات المقياس،التي تقيس المصادر قبل وبعد المرض.

(*) تألفت لجنة المحكمين من الذوات: د. محمد شقيرات، د. أشرف القضاة، د. نضال يونس، د. أسعد الزعبي، د. يحيى الصمادي، د. موسى جبريل، د. فلاح التميمي، د. خولة السعايدة، أ.د. نزيه حمدي.

ولقد قامت الباحثة بعرض فقرات المقياس على عينة استطلاعية مكونة من 10 أفراد موزعين كالآتي 5 مرضى اضطرابات غدة درقية و5 مرضى اضطرابات غدة البنكرياس.

- وقد تراوح الاتفاق بين (78%–90%) على فقرات المقياس.
- وقد تم حساب ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة كرومباخ ألفا ويساوي89. .
- ويتم تصحيح المقياس على النحو التالي:
- يطلب من المريض الإجابة على كل فقرة بناءً على درجة انطباق العبارة عليه من حيث التكرار والشدة قبل وبعد المرض.
- وتتراوح الإجابة من حيث التكرار بين (1) أبداً و(2) نادراً و(3) أحياناً و(4) غالباً و(5) دائماً.
- خفيفة جداً (2) خفيفة (3) متوسطة (4) شديدة (5) شديدة جداً، ودرجة القطع (3).
- وتشير الدرجات النهائية إلى أكثر مصادر الضغوط النفسية السائدة لدى المريض.

المعالجة الاحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة، تم إستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية، وإختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي، وتحليل التباين التمييزي، لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

الفصل الرابع

نتـــائج الدراســـة

هدفت الدراسة الحالية التعرف الى كل من الحالات الانفعالية السائدة، ومصادر الـضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بمرض الغدتين الدرقية والبنكرياس في الأردن ولتحقيق ذلك، تم اختيار عينة متاحة بلغت (320)، منهم (160) مصاباً ومصابة بمرض الغدة الدرقية او البنكرياسً، و(160) من غير المصابين. وبعد جمع البيانات، وتحليلها إحصائياً، تم التوصل الى النتائج الآتية:-

اولاً:النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما توزيع الحالات الانفعالية لـدى أفـراد عينـة المرضى؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لمقيـاس الحالات الانفعالية لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (2) يبين نتائج ذلك.

الجدول 2. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للحالات الانفعالية السائدة لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الحالة الانفعالية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
السرور	3.30	0.61	1
الغضب	2.16	0.85	2
الحزن	1.70	0.88	3
الخوف	1.55	0.88	4

يتضح من الجدول (2) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الحالات الانفعالية تراوح مابين (1.55- 3.30)، وان أعلى متوسط كان لحالة السرور والتي بلغ متوسطها الحـسابي (3.30)، في حين إن أقل متوسط حسابي كان لحالة الخوف بمتوسط حسابي (1.55).

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مصادر الضغوط النفسية لـدى أفـراد عينـة الدراسة عينة المرضى قبل المرض.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقيـاس الضغوط النفسية قبل المرض لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (3) يبين نتائج ذلك.

الجدول 3. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغوط النفسية قبل المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الحالة الانفعالية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
مصادر خارجية	1.38	0.48	1
مصادر معرفية انفعالية	1.36	0.48	2
مصادر ذاتية داخلية بيولوجية	1.28	0.38	3

يتضح من الجدول (3) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الضغوط النفسية بعـد المـرض تراوح مابين (1.28–1.38) وإن أعلى متوسط حسابي للمصادر الخارجية، والذي بلـغ 1.38 وإن مصادر الضغوط الذاتية الداخلية بيولوجية بلغت 1.28. و جميع المتوسطات منخفضة.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: ما مصادر الضغوط النفسية لـدى أفـراد عينـة الدراسة عينة المرضى بعد المرض.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقيـاس الضغوط النفسية بعد المرض لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (4) يبين نتائج ذلك.

الجدول 4. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغوط النفسية بعد المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الحالة الانفعالية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
مصادر ذاتية داخلية بيولوجية	1.81	0.51	1
مصادر معرفية انفعالية	1.76	0.56	2
مصادر خارجية	1.47	0.56	3

يتضح من الجدول (4) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الضغوط النفسية بعد المرض تراوح مابين (1.47–1.81) وإن أعلى متوسط حسابي للمصادر الداخلية البيولوجية، والذي بلغ 1.81 وإن متوسط مصادر الضغوط الخارجية بلغ 1.47. وجميع المتوسطات منخفضة.

رابعا: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: هل يوجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq$ 0.05)، في الحالات الانفعالية بين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس.

للاجابة عن هذا السؤال تم إجراء تحليل التباين الأحادي والجداول (5) يبين نتائج ذلك.

الجدول 5. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير العمر

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الغضب	بين المجموعات	4.26	3	1.42	1.98	0.12
	داخل المجموعات	111.00	155	0.72		
	المجموع	115.26	158			
الحزن	بين المجموعات	5.35	3	1.78	2.38	0.07
	داخل المجموعات	117.13	156	0.75		
	المجموع	122.49	159			
الخوف	بين المجموعات	2.14	3	0.71	0.92	0.43
	داخل المجموعات	121.08	156	0.78		
	المجموع	123.22	159			
السرور	بين المجموعات	3.59	3	1.20	3.39	0.02
	داخل المجموعات	55.06	156	0.35		
	المجموع	58.65	159			

يتضح من الجدول (5) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (الحزن، الغضب، الخوف)، في حين ان قيمة الإحصائي ف لبعد السرور بلغت مستوى الدلالة الاحصائية حيث بلغت قيمة (ف) 3.39 ومن أجل معرفة الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافية للمقارنات البعدية والجدول (6) يبين نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية.

الجدول 6. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في السرور تبعا لمتغير العمر

العمر	اقل من 20	30-20	40-30	40 فما فوق
اقل من 20		*0.86	0.60	0.54
30-20			-0.27	-0.33*
40-30				-0.06
40 فما فوق				

يتضح من الجدول (6) أن الاختلاف في حالة السرور لدى عينة المرضى كانت بين الفئة العمرية اقل من 20 والفئة العمرية 20–30، حيث أن مستوى السرور كان اعلى لدى افراد الفئة اقل من 20، كما تبين ان هناك اختلاف دال بين افراد الفئة العمرية 20–30، وافراد الفئة العمرية 40 فمافوق الذين تبين ان لديهم مستوى السرور اقل مقارنة بالفئة العمرية 20–30.

الجدول 7. نتائج تحليل التباين الاحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الغضب	بين المجموعات	3.34	4	0.83	1.15	0.34
	داخل المجموعات	111.92	154	0.73		
	المجموع	115.26	158			
الحزن	بين المجموعات	10.76	4	2.69	3.73	0.01
	داخل المجموعات	111.73	155	0.72		
	المجموع	122.49	159			
الخوف	بين المجموعات	21.06	4	5.27	7.99	0.00
	داخل المجموعات	102.16	155	0.66		
	المجموع	123.22	159			
السرور	بين المجموعات	3.54	4	0.88	2.49	0.05
	داخل المجموعات	55.11	155	0.36		
	المجموع	58.65	159			

يتضح من الجدول (7) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلـــغ مـــستوى الدلالـــة الإحصائية على أبعاد (الغضب)، في حين أن قيمة الإحصائي ف لبعد(الحزن، الخوف، السرور) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية حيث بلغت قيمة (ف) 3.37، 7.99، 2.49 ومن أجل معرفـــة الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافية للمقارنات البعدية والجدول (8) يبين نتائج اختبار شـــافيه للمقارنات البعدية.

الجدول 8. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعا للمستوى التعليمي

	المستوى التعليمي	أمي	اقل من ثانوية	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا
الحزن	أمي		0.55	0.47*	0.76*	0.43
	اقل من ثانوية			-0.08	0.21*	-0.12
	دبلوم				0.30*	-0.04
	بكالوريوس					-0.33
	دراسات عليا					
الخوف	أمي		0.78	0.63*	0.98*	1.14
	اقل من ثانوية			-0.15	0.20*	0.36
	دبلوم				0.35*	0.51
	بكالوريوس					0.16
	دراسات عليا					
السرور	أمي		-0.13	0.07	0.05	0.39
	اقل من ثانوية			0.20*	0.18*	0.52
	دبلوم				-0.02	0.32
	بكالوريوس					0.34
	دراسات عليا					

يتضح من الجدول (8) ان هناك اختلاف دال احصائيا في الحالات الانفعالية الحـــزن، الخوف، السرور حيث ان المرضى من المستويات التعليمية الاقل من بكالوريوس (امي، اقلمـــن ثانوية، دبلوم) كانوا يشعرون بسمتوى اعلى في كل من الحزن، الخـــوف، والـــسرور مقارنـــة بالمرضى من حملة البكالوريوس.

الجدول 9. نتائج تحليل التباين الأحادي للإختلاف في الحالات الإنفعالية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الغضب	بين المجموعات	0.21	1	0.21	0.28	0.60
	داخل المجموعات	115.06	157	0.73		
	المجموع	115.26	158			
الحزن	بين المجموعات	1.87	1	1.87	2.45	0.12
	داخل المجموعات	120.62	158	0.76		
	المجموع	122.49	159			
الخوف	بين المجموعات	0.07	1	0.07	0.10	0.76
	داخل المجموعات	123.14	158	0.78		
	المجموع	123.22	159			
السرور	بين المجموعات	1.06	1	1.06	2.92	0.09
	داخل المجموعات	57.58	158	0.36		
	المجموع	58.65	159			

يتضح من الجدول (9) إن الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية على أبعاد (الغضب، الحزن، الخوف، السرور) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية لذا لايوجد فروق في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الجدول 10. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعاً لمتغير الجنس

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الغضب	بين المجموعات	0.36	1	0.36	0.50	0.48
	داخل المجموعات	114.90	157	0.73		
	المجموع	115.26	158			
الحزن	بين المجموعات	3.70	1	3.70	4.93	0.03
	داخل المجموعات	118.78	158	0.75		
	المجموع	122.49	159			
الخوف	بين المجموعات	14.14	1	14.14	20.47	0.00
	داخل المجموعات	109.08	158	0.69		
	المجموع	123.22	159			
السرور	بين المجموعات	0.28	1	0.28	0.76	0.39
	داخل المجموعات	58.37	158	0.37		
	المجموع	58.65	159			

يتضح من الجدول (10) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (الغضب، والسرور)، في حين أن قيمة الاحصائي ف لبعد(الحزن، الخوف) بلغت مستوى الدلالة الإحصائية حيث بلغت قيمة (ف) 4.93، 20.47 بالترتيب ومن اجل معرفة الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافية للمقارنات البعدية والجدول (11) يبين نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية.

الجدول 11. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في الحالات الانفعالية تبعا لمتغير الجنس

	الجنس	ذكور	اناث
الحزن	**ذكور**		**-0.25***
	اناث		
الخوف	**ذكور**		**-0.68***
	اناث		

يتضح من الجدول (11) بان مستوى الحزن والخوف لدى الاناث ان اعلى مقارنة في عينة الذكور المرضى.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: هل يوجد فروق دالة احصائياً عند مستوى ($\alpha \geq$ 0.05)، في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض بين الغدتين الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس

للاجابة عن هذا السؤال تم اجراء تحليل التباين الأحادي والجداول (12) يبين نتائج ذلك.

الجدول 12. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل و بعد المرض تبعا لمتغير العمر

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
مصادر ذاتية بيولوجية	بين المجموعات	0.45	3	0.15	0.58	0.63
	داخل المجموعات	40.62	156	0.26		
	المجموع	41.07	159			
مصادر ذاتية معرفية انفعالية	بين المجموعات	2.82	3	0.94	3.06	0.03
	داخل المجموعات	47.87	156	0.31		
	المجموع	50.69	159			
مصادر خارجية	بين المجموعات	0.97	3	0.32	1.03	0.38
	داخل المجموعات	49.26	156	0.32		
	المجموع	50.23	159			

يتضح من الجدول (12) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية، بينما بلغت مستوى الدلالة الاحصائية على بعد المصادر الداخلية (المعرفية-الانفعالية)، ومن أجل الفروق الدالة تم استخدام اختبار شافيه للمقارنات البعدية والجدول (13) يبين نتائج اختبار شافيه للمقارنات البعدية.

الجدول 13. نتائج اختبار شافيه للاختلاف في مصادر الضغوط الذاتية المعرفية تبعا لمتغير العمر

العمر	اقل من 20	20–30	30–40	40 فما فوق
اقل من 20		-0.18	-0.14	0.13
20-30			0.05	0.31*
30-40				0.27*
40 فما فوق				

يتضح من الجدول (13) بان مصادر الضغوط المعرفية الذاتية لدى الفئة العمرية 40 فمافوق كان اقل مقارنة بافراد الفئتين 20–30، 30–40.

الجدول 14. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً المستوى التعليمي

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
مصادر ذاتية بيولوجية	بين المجموعات	0.35	4	0.09	0.33	0.86
	داخل المجموعات	40.73	155	0.26		
	المجموع	41.07	159			
مصادر ذاتية معرفية انفعالية	بين المجموعات	1.67	4	0.42	1.32	0.27
	داخل المجموعات	49.02	155	0.32		
	المجموع	50.69	159			
مصادر خارجية	بين المجموعات	0.64	4	0.16	0.50	0.73
	داخل المجموعات	49.59	155	0.32		
	المجموع	50.23	159			

يتضح من الجدول (14) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الداخلية المعرفية– الانفعالية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية لذا لايوجد فروق في مصادر الضغط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

الجدول 15. نتائج تحليل التباين الاحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً الحالة الاجتماعية

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
مصادر ذاتية بيولوجية	بين المجموعات	0.12	1	0.12	0.46	0.50
	داخل المجموعات	40.95	158	0.26		
	المجموع	41.07	159			
مصادر ذاتية معرفية انفعالية	بين المجموعات	1.78	1	1.78	1.11	0.53
	داخل المجموعات	48.90	158	0.31		
	المجموع	50.69	159			
مصادر خارجية	بين المجموعات	0.04	1	0.04	0.11	0.74
	داخل المجموعات	50.19	158	0.32		
	المجموع	50.23	159			

يتضح من الجدول (15) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الداخلية المعرفية- الانفعالية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية لذا لايوجد فروق في مصادر الضغط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الجدول 16. نتائج تحليل التباين الأحادي للاختلاف في مصادر الضغوط قبل وبعد المرض تبعاً متغير الجنس

الحالات الانفعالية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
مصادر ذاتية بيولوجية	بين المجموعات	0.01	1	0.01	0.04	0.83
	داخل المجموعات	41.06	158	0.26		
	المجموع	41.07	159			
مصادر ذاتية معرفية انفعالية	بين المجموعات	0.03	1	0.03	0.09	0.76
	داخل المجموعات	50.66	158	0.32		
	المجموع	50.69	159			
مصادر خارجية	بين المجموعات	0.97	1	0.97	3.11	0.08
	داخل المجموعات	49.26	158	0.31		
	المجموع	50.23	159			

يتضح من الجدول (16) ان الفروق بين المتوسطات الحسابية لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية على أبعاد (مصادر الداخلية البيولوجية، المصادر الداخلية المعرفية- الانفعالية، المصادر الخارجية) والتي لم تبلغ مستوى الدلالة الاحصائية لذا لايوجد فروق في مصادر الضغط قبل و بعد المرض تبعاً لمتغير الجنس.

سادساً: النتائج المتعلقة بالسؤال السادس: ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى. للإجابة عن هذا السؤال تم إجراء التحليل التمييزي ويبين الجدولين (17-18)نتائج السؤال.

الجدول 17. متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى

	المرض	الخوف	الحزن	السرور	الغضب	بيولوجية	معرفية	خارجية
المرض	1.00	-0.08	-0.07	-0.04	0.04	*-0.75	*-0.72	*-0.51
الخوف		1.00	*0.40	-0.08	*0.20	0.14	*0.16	0.01
الحزن			1.00	*-0.31	*0.49	*0.14	*0.25	0.07
السرور				1.00	-0.09	-0.01	-0.12	*-0.20
الغضب					1.00	0.10	0.16	0.01
بيولوجية						1.00	*0.81	*0.58
معرفية							1.00	*0.66
خارجية								1.00

من الجدول (17) يتضح أن هناك ارتباطات دالة احصائية بين المرض وكل من الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط بعد المرض حيث ان الارتباط الدال كان بين مصادر الضغوط البيولوجية، والمعرفية، والخارجية ومتغير المرض.

الجدول 18. نتائج التحليل التمييزي لنسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد المرضى

Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig
0.38	305.82	4	0.00

يتضح من الجدول (18) ان هناك قدرة تمييزية لمتغيرات الدراسة المستقلة حيث بلغت قيمة الإحصائي كاي تربيع (305.82) بمستوى دلالة 0.05، وهذا يشير الى أن متغيرات الدراسة لها قدرة تنبؤية في اضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس. ولتحديد القدرة التمييزية لتلك المتغيرات فقد تم حساب قيمة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات التمييزية والتي تظهر في الجدول (19).

الجدول 19. نسبة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات المتنبئة

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	التغير في قيمة التباين المفسر	(ف)	الدلالة
العوامل البيولوجية	0.75	0.56	0.56	402.18	0.00
العوامل المعرفية	0.77	0.59	0.03	27.22	0.00
الغضب	0.78	0.62	0.02	16.96	0.00
السرور	0.79	0.62	0.01	5.51	0.02

يتضح من الجدول (19) أن قيمة ما فسرته متغير العوامل البيولوجية في متغير الإصابة باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس بلغ (56%) وأن قيمة (ف) المقابلة له كانت (402.18) بمستوى دلالة 0.05، كما تبين أن مقدرار ما تفسره العوامل المعرفية لوحدها بلغت (3%) وان قيمة ف المقابلة لها 27.22، وأن قيمة ما فسرته متغير الغضب بلغ (2%) وان قيمة ف المقابلة لها 16.96، وان قيمة ما فسره متغير السرور 1% وأن قيمة ف 5.51 وأن جميع مـــا فـــسرته جميع هذه المتغيرات بلغ 79%.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، واستخلاص ما تنطوي عليه من تضمينات. لقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوطط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان.

أولاً: مناقشة النتائج

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الأول والذي ينص على " ما توزيع الحالات الانفعالية لدى افراد عينة المرضى؟ "

حيث أشارت النتائج إلى أن ترتيب الحالات الانفعالية لدى عينة المرضى جاءت كالآتي: لقد احتلت حالة السرور الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (3.30)، في حين جاءت حالة الغضب في الترتيب الثاني، حيث بلغ متوسطها الحسابي (2.16)، أما في الترتيب الثالث جاءت حالة الحزن، وقد بلغ متوسطها الحسابي (1.70)، وأخيراً حالة الخوف حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.55).

إن المريض عندما يشخص مرضه، يدخل في مرحلة الصدمة أو الانكار، حيث ينكر بداية الحقيقة،وهذه مرحلة مؤقتة تضطرب فيها كل أنشطة الحياة، فالمرض المزمن يتطلب تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية.

بعد ذلك يبدأ المريض بإدراك حجم المشكلة لديه، ويطور استراتيجيات تكيف أو تعامل لينظم حياته ويرتب أولوياته.وهؤلاء الأفراد الذين يطورون استراتيجيات تكيف، هم أشخاص نظرتهم ايجابية الى ذواتهم، يسعون الى الحصول على معلومات متعلقة بحالتهم، ليكونون أكثر قدرة على التعامل معها (تايلور،2008).

إن مريض اضطرابات الغدة الدرقية ومريض السكري تغلب عليه حالة السرور كما أشارت النتائج، وما يفسر ذلك هو عامل التعود وعامل التكيف أو التعامل، حيث أن المريض

يكون قد طور استراتيجيات تعامل وتكيف فعالة شملت إعادة تقييم الموقف، وإعادة ترتيب أولويات الحياة، وتشكيل نمط حياة جديد، فمريض السكري و مريض الغدة الدرقية يختلف نظامه الغذائي، ويتناول أنواع معينة من الغذاء، ويحرم أيضاً من أنواع أخرى، وتضطرب حياته نفسياً، وبيولوجياً، واجتماعياً، كما أن مرضى السكري اكثر امتثالاً لمتطلبات العلاج كما ظهر في دراسة (عابد، 2003)، مما يجنبهم مضاعفات العلاج ويجعلهم مرضى متكيفين.

إن نظرية التنافر – التآلف المعرفي للعالم فستنجر، تؤيد وجود مستوى معين من التنافر بين الإستعداد والإشارة يؤدي الى ظهور انفعالات ايجابية، حيث أن المرضى بالسكري واضطراب الغدة الدرقية لديهم مستوى من التنافر بين الإستعداد لمواجهة المرض ومتطلبات المرض مما أظهر لديهم انفعالات إيجابية، والعالم هونت يركز على دور الإدراك وتقييم الواقف في تطوير استراتيجيات تدبر معينة (بني يونس، 2009).

إن المرضى اعتادوا على نظام حياة معين، ملتزمين بكافة تعليمات الطبيب خوفاً من تفاقم المرض، باحثين بإستمرار عن الدعم والمساندة الاجتماعية، مقبلين على تغيير أنماط حياتهم لتتلاءم مع الوضع الجديد، لذا هم أفراد متكيفين مما يؤدي إلى ظهور انفعالات إيجابية، وكلما سيطر المريض على مضاعفات المرض، كلما ظهرت انفعالات الفرح والسرور، والسعي إلى الحصول على التوازن البيولوجي وذلك بتناول العلاج، والتوازن النفسي الإجتماعي بالبحث عن المساندة الإجتماعية والتكيف النفسي، يؤدي إلى ظهور انفعالات ايجابية.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:" ما مصادر الضغوط النفسية لدى افراد عينة الدراسة عينة المرضى قبل المرض؟ ".

حيث أشارت النتائج إلى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة قبل المرض جاءت على النحو الآتي: حيث جاءت المصادر الخارجية في الترتيب الأول، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.38)، ثم جاءت المصادر الذاتية المعرفية الانفعالية في المرتبة الثانية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.36)، وأخيراً المصادر الذاتية البيولوجية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (1.28)، ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات منخفضة.

إن الفرد في حياته اليومية يعاني من مجموعة الضغوطات الخارجية المتمثلة بضغوطات في العمل، والضغوطات الأسرية، الضجيج والاكتظاظ، عدم الراحة، الزلازل، المنغصات

اليومية، الديون. وغيرها من الضغوط التي تأتي من البيئة الخارجية التي يعيش فيها الفرد، لـذا يسعى بشكل دائم الى استخدام استراتيجيات التعامل معها، ليخفف من أثرها، ويتمكن من التكيف مع متطلبات الحياة.

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الثالث: " ما مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة عينة المرضى بعد المرض؟ "

لقد أشارت النتائج الى أن ترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد العينة بعد المـرض جاء على النحو التالي:لقد احتلت المصادر الداخلية البيولوجية المرتبـة الأولـى، حيـث بلـغ متوسطها الحسابي (1.81)، ثم جاءت المصادر الداخلية المعرفية الانفعالية في المرتبة الثانيـة، وبلغ متوسطها الحسابي (1.76)، وأخيراً المصادر الخارجية بمتوسط حسابي بلغ (1.47). ولكن بشكل عام فإن جميع المتوسطات الحسابية منخفضة.

تساهم الضغوطات الخارجية في تطور أمراض كالسكري واضـطراب الغـدة الدرقيـة وغيرها من الأمراض. فيتحول إهتمام المريض بعد الإصابة بالمرض إلى المـصادر الداخليـة البيولوجية والمتمثلة بأعراض الإصابة بمرض السكري واضطراب الغدة الدرقية، حيث ينشغل بها، وخصوصاً الأعراض التي تؤدي إلى تغيير في صورة الجسد.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، والذي ينص على: " هل يوجـد فـروق دالـة احصائيا عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$)، في الحالات الانفعاليـة بـين مرضـى الغـدتين الدرقيـة والبنكرياس تبعا لمتغيرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس ؟"

لقد أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الى ان هناك فروق ذات دلالة احـصائية فـي الحالات الانفعالية بين مرضى الغدد الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغير العمر، حيث بلغت حالـة السرور فقط مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن مستوى السرور كان أعلى لدى أفراد العينـة من الفئة العمرية أقل من 20 سنة. أما فيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي، فقد بلغت الحالات الانفعالية (الحزن، الخوف، السرور) مستوى الدلالة الاحـصائية، حيـث أن المرضـى مـن المستويات التعليمية التي أقل من بكالوريوس، كانوا يشعرون بمـستوى أعلـى مـن الحـزن، الخوف،والسرور. أما متغير الحالة الاجتماعية فإن الحالات الانفعالية الأربعة لم تبلغ مـستوى

الدلالة الاحصائية. أما بالنسبة لمتغير الجنس، فإن حالات الحزن والخوف بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن الحزن والخوف لدى الإناث أعلى مقارنة بالذكور.

إن أغلب أعمار مرضى اضطرابات الغدة الدرقية هم من فئة الشباب، الـذين يتمتعـون بنظرة ايجابية للحياة، على عكس مرضى السكري فأن أغلب أعمارهم 40 سنة فما فوق، وهـم يتمتعون بنظرة تشاؤمية نوعاً ما الى الحياة، حيث أن تراودهم أفكار مثل اقتراب الأجل وغيـر ذلك. وفيما يتعلق بمتغير المستوى التعليمي، فإنه يؤثر على إدراك المواقف،وظهور الانفعالات المناسبة، وأيضاً يتأثر إدراك المواقف وظهور الانفعالات المناسبة بجنس المريض.

مناقشة نتائج السؤال الخامس:" هل يوجد فروق دالة احصائيا عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$)، في مصادر الضغوط قبل وبعد الإصابة باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس تبعاً لمتغيـرات العمر، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والجنس؟"

حيث أشارت النتائج الى عدم وجود فروق دالة احصائياً في مصادر الضغوط قبل وبعـد المرض بين مرضى الغدتين الدرقية والبنكرياس، تبعاً لمتغيرات العمر، والجـنس، والمـستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.

إن مصادر الضغوط النفسية بأنواعها المختلفة، والمسببة لحدوث كثير من الاضطرابات، لا تتأثر بإختلاف نوع المرض وعمره، ومستواه التعلميي، وحالته الاجتماعية.

مناقشة نتائج السؤال السادس:" ما نـسبة مـا تفـسره متغيـرات الحـالات الانفعالية، ومصادر الضغوط النفسية لاضطرابات الغدتين الدرقية والبنكرياس لدى أفراد عينة المرضى؟".

لقد أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال السادس، الى أن مقدار ما تفسره متغيـرات مـصادر الضغوط النفسية من متغير الإصابة بإضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس، حيـث تبـين أن مقدار ما فسرته العوامل البيولوجية بلغ (56%)، وبالنسبة الى مقدار ما فسرته العوامل المعرفية بلغ (3%). أما بالنسبة الى ما فسرته متغيرات الحالات الانفعالية، تبين أن مقدار ما فسرته حالة الغضب كان(2%)، وما فسرته حالة السرور (1%)، مما يبرز دور العوامل البيولوجيـة فـي الإصابة باضطراب الغدتين الدرقية والبنكرياس.

إن العوامل البيولوجية هي عوامل ظاهرة ويعيها المريض ويدركها بسهولة، حيث أنهـــا أعراض جسدية قابلة للملاحظة، وكل الأمراض سواءً مرض السكري أو مرض اضطراب الغدة الدرقية، لديهم أعراض جسدية مرتبطة بظهور أعراض أخرى نفسية ومعرفية، الأمـــر الـــذي يجعل اهتمام المريض منصباً بدرجة كبيرة على هذه العوامل.

التوصيات:

- يعد التحكم في الضغوط النفسية وتعلم إدارتها، والتخفيف من أعراضها، مقدمة ضـرورية لتجنب كثير من الأمراض، لذا تنصح الباحثة بالتدريب على استراتيجيات التعامـل مـع الضغوط مثل العمل على تغيير أسلوب الحياة، التدريب على إدارة الوقت، وتعزيز شبكة الدعم والمساندة الاجتماعية.
- أن يأخذ الأطباء والمعالجين في العيادات والمركز الصحية العامل النفسي بعين الاعتبـار عند تشخيص مرضاهم، والعمل على زيادة وعي المرضى بأثر العوامـل النفـسية فـي الصحة والمرض.
- توفير مراكز للإرشاد النفسي في المراطز والعيادات الصحية ،وأن تقوم هـذه المراكـز بإصدار نشرات تثقيفية للمرض توضح تأثير العوامل النفسية والـضغوط علـى الـصحة وعلى جهاز المناعة.
- إجراء دراسات على مرض السكري واضطراب الغدة الدرقية، تتناول متغيـرات أخـرى مثل: الاكتئاب، والقلق، ومستوى تقدير الذات، وأنماط الشخصية، وأنماط السلوك ،وأساليب التدبر.

المراجع:

أ. باللغة العربية

بني يونس، محمد محمود (2002). **علم النفس الفسيولوجي**، عمان: دار المسيرة والنشر.

بني يونس، محمد محمود (2007). **سيكولوجيا الدافعية والإنفعالات**،عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

بني يونس، محمد (2008). **الأسس الفيسيولوجية للسلوك**، عمّان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

بني يونس، محمد محمود (2009). **سيكولوجية الدوافع والانفعالات**، ط2،عمان: دار الشروق.

بني يونس، محمد محمود(2010). ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها من منظور المنحى المنظوماتي الكلي متعدد الجوانب، **دراسة قيد النشر**،الجامعة الأردنية.

بني يونس،محمد محمود(2004). **مباديء علم النفس**، عمان: دار الشروق.

تايلور، شيلي (2008). **علم النفس الصحي**، ترجمة وسام بريك وفوزي شاكر داوود، عمان: دار الحامد.

الجاموس،نور الهدى(2004). **الاضطرابات النفسية- الجسدية**، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

حسين، طه وسلامة، حسين (2006). **استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**، عمان: دار الفكر.

الحواجري، عبدالله تيسير (2004). **العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية**، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية.

ديفيدسون، (2005). **داء السكري وأمراض الغدد الصم**، ترجمة:عماد زوكار،عمان: دار القدس للعلوم.

الرشيدي،هارون (1999). **الضغوط النفسية**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الريماوي، محمد عودة (2006). **علم النفس العام**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الزراد،فيصل محمد(2000). **الأمراض النفس-جسدية**، بيروت: دار النفائس.

سالم، محمد حلمي وعبد الرحيم،جمال الدين والدسوقي، فرحات (2002). **الهرمونات والغدد الصماء**، القاهرة: جامعة الاسكندرية.

الشديفات، بادي (2005). **الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بـــالنوع الأول مـــن السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

العجلوني، كامل(2010). "الصحة والسكري"، **مجلة دورية تصدر عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة.**

العجلوني، كامل وعزمي، طالب (2007). **السكري**، منشورات عمادة البحث العلمي، الجامعـــة الأردنية.

العجلوني ،كامل (2007). نسبة **انتشار مرض السكري من النوع الثاني في الأردن**، منشورات المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة.

قطامي، يوسف وعبد الرحمن، عدس (2002). **علم النفس العام**، عمان: دار الفكـــر للطباعـــة والنشر.

الكراسنة، صدام موسى (2010). **الحالات الانفعالية السائدة ومـــستوى الاكتئـــاب ومـــصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الافراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد فـــي الاردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.

محمد، مدحت (2002). **علم الغدد الصماء**، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

المرزوقي،جاسم(2008). **الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر**، الاسكندرية: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.

المشعان، عويد سلطان(2004). **الضغوط النفسية**، الكويت: دار العروبة للنشر والتوزيع.

النيل، محمود السيد(1994). **مباديء علم النفس**، بيروت: دار النهضة العربية.

ب. باللغة الانجليزية

Abed, ola (2003). **comliance a mong patients with chronic diseases** (hypertension and diabetes melitus) in nablus district,Jordan University.

Bendelow,Gillian and Simon Williams (1998**). Emotions in Social Life,** USA.

Griffth,Linda S.Feild,Bevery J.& Lustman.Patrick J.(1990).Life stress and Social Support in diabetes. International Journal of Aging and Human development,20(4).

Neal,K(1995).Stress and Diabetes Mellitus Later Life. International Journal of Aging and Human development,40(2),125-143.

Plutchik, Robert (2003). **Emotions and Life,** AmericanPsychological Association, Washington DC.

Reeve, JohnMarshall (1997). **Understsnding of Motivating and Emotion,** Harcart Brace Collage,USA.

Rice, Philip (1999). **Stress and Health** ,ITP Moorhead state University, USA.

Seley, Hans (1976**). The Stress of Life,** McGrow-Hill book co, USA.

ج. مواقع على الانترنت

http://emedicine.medscape.com/endocrinology

http://sehha.com/diseases/diabetes/diabetes1.htm

http://ncd.org.jo/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=29

http://www.moh.gov.jo/MOH/arabic/home.php.

الملاحق

الملحق 1. مقياس الحالات الانفعالية

تحية طيبة وبعد،،

فيما يلي عدد من العبارات والبالغ عددها (46) عبارة، يفترض أنها تكشف عـن أربـع حالات انفعالية، يشعر بها الفرد في اللحظة الحالية وهي (السرور، الغضب، الحزن، الخـوف)، وإزاء كل عبارة يوجد تدريج لفظي رباعي، وهو "نعم بالتأكيد" وتعطى أربع علامات، "نعم الى حد ما" وتعطى ثلاث علامات، "لا الى حد ما " وتعطى علامة واحدة، و "لا أبدا" تعطى صـفر علامة.

أرجو منكم التكرم بإختيار أحد البدائل الأربعة والتي تنطبق علـيكم تمامـاً، علمـاً بـأن الإجابات ستعامل بسرية تامة، وستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكـريـن لكـم حسـن تعاونكـم

البـاحثـة
منـار أحـمـد عـواد

مقياس الحالات الانفعالية

رقم العبارة	مضمون العبارة
1	أخاف من المشي ليلاً في أي مكان مخيف.
2	يتعكر مزاج يعندما أكون مهموماً.
3	عادة ما يكون مزاجي مرحاً.
4	أخاف من المشي في شارع مظلم، ومهجور.
5	أشعر بالخوف عند الوقوف على مكان مرتفع والنظر منه إلى الأسفل.
6	أشعر بالفشل، وخيبة الامل، وعدم الرضا عن نفسي.
7	أغضب عندما يسخر مني شخص ما مازحاً.
8	أشعر بالاستياء عندما لا تتحقق مطالبي
9	أدخل البهجة الى قلوب المحيطين بي بسهولة.
10	أنا شخص غير واثق من نفسي.
11	أشعر بالاستياء من ظروف حياتي المعيشية.
12	أخاف من العروض المخيفة في السينما؟
13	عادة ما تظهر عندي الرغبة في المشاكسة مع أي شخص ما.
14	تتميز شخصيتي بالمرح.
15	انا شخص جبان.
16	تستفزني المعيقات البسيطة التي تعترضني في عملي.
17	أشعر بالخوف عند مقابلة مسؤول رفيع المستوى.
18	أشارك بنشاط في اظهار اجواء السعادة لدى جماعتي.
19	من السهل استثارة غضبي.
20	انا شخص حزين.
21	يغلب على مزاجي طابع الحزن والكآبة.
22	أنا راضٍ عن حياتي.
23	أخاف من الظلمة في مكان مهجور.
24	اعتبر نفسي شخصاً سعيداً.
25	استسلم للافكار الحزينة.
26	ينتابني شعور غير مريح في المصعد او في النفق.
27	أصاب باليأس عندما أفشل.
28	أنا شخص متفائل.
29	أصاب بالنكد عندما اقرا كتاباً نهايته سيئة.
30	أشعر بالخوف عند الوقوف امام الناس.
31	أنا شخص متعصب لآرائي ومتمسك بها.
32	أتضايق، عندما اكون متعجلاً في امر ما، ويعترضني أي شخص.
33	أصرخ في وجه من يصرخ في وجهي.

مضمون العبارة	رقم العبارة
أشعر بالخوف، عند سماهي لصوت رعد قوي.	34
أغضب عندما اهزم في نقاش ما.	35
أشعر بالفرح، عندما اتوصل الى حل لقضية هامة عندي.	36
الأحزان والمصائب اكثر من البهجة والفرح في حياتي.	37
مستقبلي سيكون مليء بالمصائب وخيبة الامل.	38
اشعر بالضيق، اذا أعاقت الاشياء غير سارة قليلاًمن تحقيق رغباتي.	39
أحب ان اكون محاطاًبأجواء من البهجة والمرح.	40
أشعر بالحرمان بسهولة.	41
أغضب اذا لم يتفهمني صديق قريب مني.	42
عادة ما يكون مزاجي مرحاً وسعيداً في الصباح.	43
لأتفه الاسباب فأنني اغضب بدرجة قوية ولمدة طويلة.	44
أخاف من ممارسة أي نوع من انواع الرياضة الخطرة.	45
أشعر بالخوف عند ذهابي إلى طبيب الأسنان، أو حقني بأبرة.	46

ورقة الاجابة

المعلومات الشخصية:

الجنس: 1. ذكر 2. انثى

العمر: 1. اقل من 20 2. من 20-30 3. من 30-40 4. 40 فما فوق

الحالة الاجتماعية: 1. اعزب 2. متزوج 3. مطلق 4. ارمل

المستوى التعليمي: 1. أمي 2. اقل من ثانوية عامة 3. دبلوم 4. بكالوريوس 5. دراسات عليا

طبيعة العمل: 1. لا يعمل 2. يعمل 3. متقاعد

الدخل الشهري: 1. اقل من 200 2. من 200-400 3. 400-600 4. 600 فما فوق

عدد أفراد الأسرة: 1. اقل من 3 افراد 2. من 4 الى 6 افراد 3. 6. فرد فما فوق

رقم العبارة	البدائـــــــــــــــــــــــــــــــل				رقم العبارة	البدائـــــــــــــــــــــــــــــــل			
	نعم بالتأكيد	نعم الى حد ما	لا أبداً	لا الى حد ما		نعم بالتأكيد	نعم الى حد ما	لا أبداً	لا الى حد ما
.1					.24				
.2					.25				
.3					.26				
.4					.27				
.5					.28				
.6					.29				
.7					.30				
.8					.31				
.9					.32				
.10					.33				
.11					.34				
.12					.35				
.13					.36				
.14					.37				
.15					.38				
.16					.39				
.17					.40				
.18					.41				
.19					.42				
.20					.43				
.21					.44				
.22					.45				
.23					.46				

الملحق 2. مقياس مصادر الضغوط النفسية

تحية طيبة وبعد،،

فيما يلي عدد من العبارات والبالغ عددها (44) عبارة، يفترض أنها تكشف عن مصادر الضغوط النفسية قبل وبعد المرض، وفقاً لمعيار تكرار الأعراض وإزاء كل عبارة يوجد تدريج لفظي خماسي، وهو "دائماً" وتعطى أربع علامات، "غالباً" وتعطى ثلاث علامات، "أحياناً" وتعطى علامتان، "نادراً " وتعطى علامة واحدة، و "لم تتكرر أبداً" وتعطى صفر علامة. ومعيار شدة الأعراض وإزاء كل عبارة يوجد تدريج خماسي أيضاً، وهو "شديدة جداً" وتعطى أربع علامات، "شديدة" وتعطى ثلاث علامات، "متوسطة" وتعطى علامتان، "خفيفة" وتعطى علامة واحدة، و "خفيفة جداً" وتعطى صفر علامة.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة
منار أحمد عواد

مقياس

مصادر الضغوط النفسية

رقم العبارة	مضمون العبارة	رقم العبارة	مضمون العبارة
.1	اصابة أحد أفراد أسرتي بأمراض الغدد الدرقية أو البنكرياس	.23	قلة اهتمامي بصحتي
.2	الصداع	.24	نوبات الغضب
.3	الدوخان	.25	الخوف على صحتي
.4	الخمول الجنسي	.26	القلق
.5	ضيق التنفس	.27	التوتر
.6	فقدان الشهية	.28	التشاؤم
.7	الشراهة في الأكل	.29	الأرق
.8	المغص	.30	تقلبات المزاج
.9	شحوب الوجه	.31	النفور من الناس
.10	جحوظ العينين	.32	الوحدة
.11	تضخم الرقبة (العنق)	.33	العدائية
.12	التبول	.34	تدني الدخل
.13	العطش	.35	صعوبة الحياة المعيشية
.14	هشاشة العظام	.36	سوء مكان السكن
.15	تيبس العضلات	.37	ارتفاع تكلفة العلاج
.16	التعب	.38	سوء مكان العمل
.17	خدران اليدين والقدمين	.39	تدني مكانتي الاجتماعية
.18	فقدان التوازن الحركي	.40	تدني المستوى التعليمي
.19	قلة معلوماتي الطبية عن أمراض الغدد الدرقية والبنكرياس	.41	ارتفاع عدد أفراد الأسرة
.20	وجود معتقدات خاطئة عن خطورة أمراض الغدد	.42	كثرة الخلافات داخل الاسرة
.21	التواصل مع أشخاص مصابين بأمراض الغدد	.43	التدخل المباشر للأهل في حياتي الخاصة
.22	عدم تقبلي للمصابين بأمراض الغدد	.44	سوء علاقاتي الاجتماعية

مقياس

مصادر الضغوط النفسية

رقم العبارة	قبل المرض										بعد المرض									
	تكرار الأعراض					شدة الأعراض					تكرار الأعراض					شدة الأعراض				
	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	خفيفة جداً	خفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	خفيفة جداً	خفيفة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً
1.																				
2.																				
3.																				
4.																				
5.																				
6.																				
7.																				
8.																				
9.																				
10.																				
11.																				
12.																				
13.																				
14.																				
15.																				
16.																				
17.																				
18.																				
19.																				
20.																				
21.																				
22.																				
23.																				
24.																				
25.																				
26.																				
27.																				
28.																				
29.																				
30.																				
31.																				
32.																				
33.																				
34.																				
35.																				
36.																				
37.																				
38.																				
39.																				
40.																				
41.																				
42.																				
43.																				
44.																				

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الأردنية

THE UNIVERSITY OF JORDAN

رئاسة الجامعة

University Administration

الرقم: ١/١/١١/ ٤٦٩٣

التاريخ: ٢٧/٩/١٤٣٠هـ

الموافق: ١٧/٩/٢٠٠٩م

معالي وزير الصحة

تحية طيبة وبعد،،

فارجو إعلامكم أن الطالبة منار أحمد عبد القادر عواد ، من طلبة برنامج ماجستير علم النفس في كلية الآداب بالجامعة الأردنية، تقوم بإعداد رسالة بعنوان " **الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان**". وتحتاج إلى تطبيق عدد من المقاييس النفسية على عينة من المرضى المراجعين لعيادات الغدد الصماء والسكري في مدينة عمان ، علماً بأن نتائج الدراسة لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي .

أرجو التكرم بالموافقة والايعاز للمعنيين لديكم بتسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه .

شاكرين لكم اهتمامكم بالجامعة الأردنية، وتعاونكم معها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام.

/ رئيس الجامعة

نائب الرئيس لشؤون الكليات والمعاهد الإنسانية

(الأستاذ الدكتور صلاح جرار)

لم س.س

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

رئاسة الجامعة
University Administration

الرقم: ٣/١/١٢/ ٥٦٥٩
التاريخ: ٢٢/١١/١٤٣٠هـ
الموافق: ١٠/١١/٢٠٠٩م

مدير التدريب المهني

يرجى إجراء اللازم

لطفاً

سعد

عطوفة مدير عام الخدمات الطبية الملكية

تحية طيبة وبعد،

فأشير إلى كتابكم رقم ت ق ١/٣/أ/٢/٦٦٠٢، تاريخ ٢٠٠٩/١٠/١٣، بشأن تزويدكم بتفصيلات شخصية عن الطالبة منار أحمد عبد القادر ،طالبة الماجستير في كلية الآداب بالجامعة الأردنية .

أرفق إليكم بطيه طلب التدريب الخاص بالطالبة المذكورة أعلاه ، معبأ حسب الأصول ونسخه عن الدراسة الخاصة بها .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام.

/رئيس الجامعة

نائب الرئيس لشؤون الكليات والمعاهد الإنسانية

الأستاذ الدكتور صلاح جرار

الجامعة الأردنية
كلية الآداب
11 NOV 2009
الرقم: ٧١٥
الملف:

الدكتور رئيس قسم علم النفس

١١/١١/٢٠٠٩

نسخة/ إلى د. عميد كلية الآداب
نسخة/الى الملف ١٦/١/٢ ، ٢/٨

لم س س

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فاكس: ٥٣٥٥٥١١ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel:L (962-6) 5355000 Fax: (962-6) 5355511 AMMAN 11942 JORDAN
E-mail: admin@ju.edu.jo
http://www.ju.edu.jo

مستشفى الجامعة الأردنية
Jordan University Hospital
A-ADM0112

الرقم: م.ج.ا/٣٣/ ٢٣٦
التاريخ: ٢٤/ ٢٠١٠/٢

Ref.
Date:

الجامعة الأردنية

الأستاذ الدكتور نائب الرئيس لشؤون الكليات والمعاهد الإنسانية

تحية طيبة وبعد،،

إشارة لكتابكم رقم ٤٦٩٣/١/١/١١ تاريخ ٢٠٠٩/٩/١٧ بشأن طلبكم تسهيل مهمة طالبة ماجستير علم النفس في كلية الآداب بالجامعة الأردنية لإعداد رسالة بعنوان "الحالات الانفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان".

أرجو إعلامكم بالموافقة على إجراء الطالبة منار عواد البحث المذكور في مستشفى الجامعة الأردنية.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

نائب الرئيس لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا والجودة
مدير عام مستشفى الجامعة الأردنية

الأستاذ الدكتور عبد الكريم القضاة

الجامعة الأردنية
كلية الآداب
3 MAR 2010
الرقم: ١٩٧
الملف:

الدكتورة رنيا مشتهى
علم النفس
للعلم وإعلام الطالبة
٢٠١٠/٣/٤

أ.د. عميد كلية الآداب

للعلم بموافقة المستشفى وإبلاغ الطالبة المعنية بالإجراء اللازم

ف.ر.ج/ا.ج

وزارة الصحة

الرقم تطوير/تدريب/ ٨٢٠٢
التاريخ ....
الموافق ٢٠٠٩/١٢/٢٠م

مدير عام مستشفى الأمير حمزة
مدير مستشفى البشير

تحية طيبة وبعد ،،،

أرفق طياً صورة عن موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي / وزارة الصحة رقم م ب أ / لجنة أخلاقيات / ١٧٤٣٣ تاريخ ٢٠٠٩/١٢/١٥ بخصوص السماح للطالبة الماجستير منار أحمد عبد القادر عواد إجراء بحث بعنوان :-

(الحالات الإنفعالية المميزة ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى اضطرابات الغدد الدرقية والبنكرياس في مستشفيات مدينة عمان)

أرجو التكرم بالإيعاز لمن يلزم تسهيل مهمة الباحثة أعلاه في الحصول على المعلومات اللازمة .

واقبلوا الإحترام ،،،

مدير تطوير الموارد البشرية

الدكتور أيوب السمايدة

وزارة الصحة
مستشفى الأمير حمزة
٢٠٠٢ /١٢/٣٤ /

نسخة / الملف

ع ش

المملكة الأردنية الهاشمية

الجامعة الأردنية
كليـــة الآداب
Faculty of Arts
قسـم علـم النفـس
Department of Psychology

التاريخ: ٢/٢/ ٢٠١٠

مدير ...مستشفى الأردن...

تحية طيبة، وبعد

أرجو تسهيل مهمة الطلبة الآتية أسماؤهم:-

١) حنان أحمد عواد
٢)
٣)
٤)
٥)

من قسم علم النفس بالجامعة الأردنية، وذلك بالسماح لهم بالتطبيق في عيادات العيون الخارجية استكمالا لمتطلبات مادة ...الرسالة... خلال الفصل...الثاني... من العام الدراسي ...٢٠١٠...

شاكرين لكم حسن تعاونكم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس قسم علم النفس

الدكتور محمد بني يونس

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فرعي: ٢٤٩٧٧ فاكس: ٥٣٣٠٦٨٩ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext.: 24977 Fax: (962-6) 5330689 Amman 11942 Jordan
E-mail: admin@ju.edu.jo

الجامعة الأردنية
كليـــة الآداب
Faculty of Arts
قسـم علـم النفـس
Department of Psychology

التاريخ: ٢ / ٢ / ٢٠١٠

مدير عام مستشفى الإسلامي

تحية طيبة، وبعد

ارجو تسهيل مهمة الطلبة الآتية أسماؤهم:-

١) حنان أحمد كراد
٢)
٣)
٤)
٥)

من قسم علم النفس بالجامعة الأردنية، وذلك بالسماح لهم بالتطبيق في عيادات الطب النفسي ....استكمالا لمتطلبات مادة الرسالة.......... خلال الفصل...الثاني........ من العام الدراسي ......٢٠١٠.......

المستشفى الإسلامي
الرقم: ٢٠٠٣/ ٢٠١٠/ ١٨٦٠
التاريخ: ٣ / ٢ / ٢٠١٠

شاكرين لكم حسن تعاونكم.

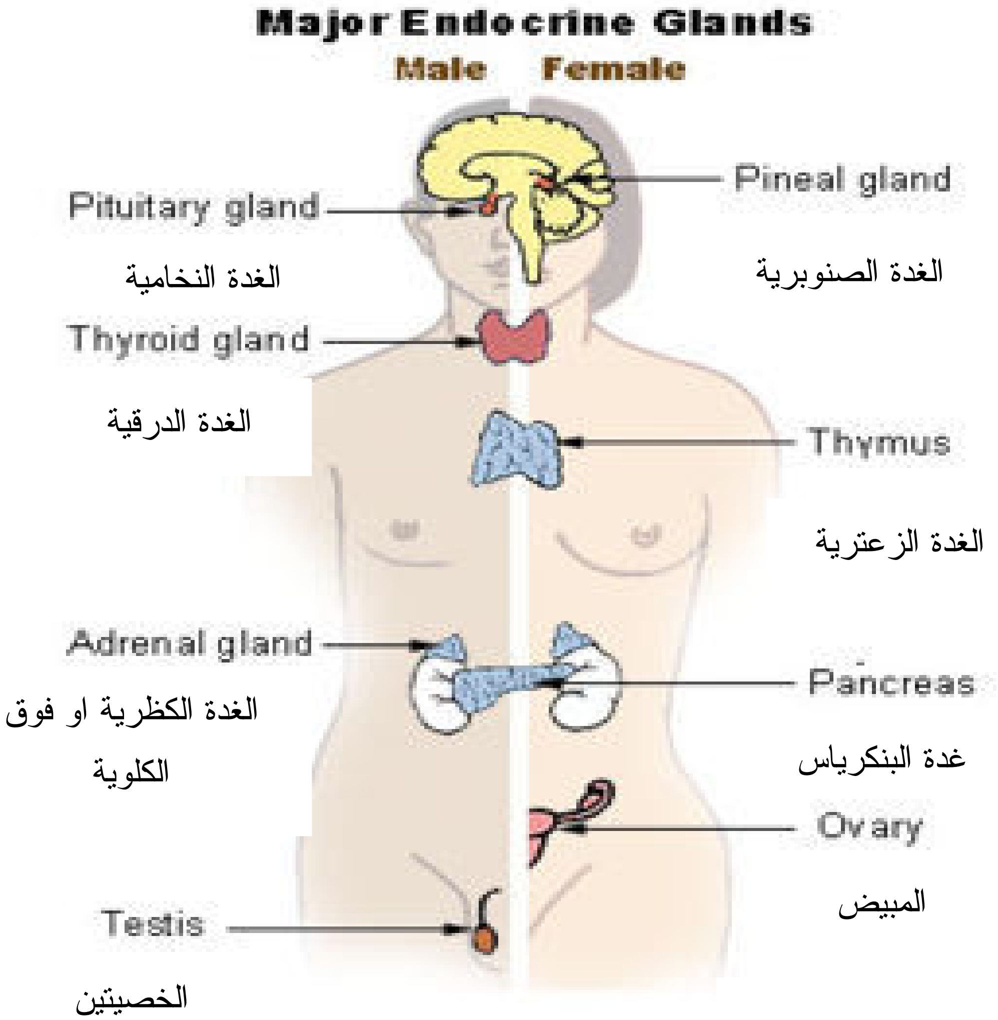
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

رئيس قسم علم النفس

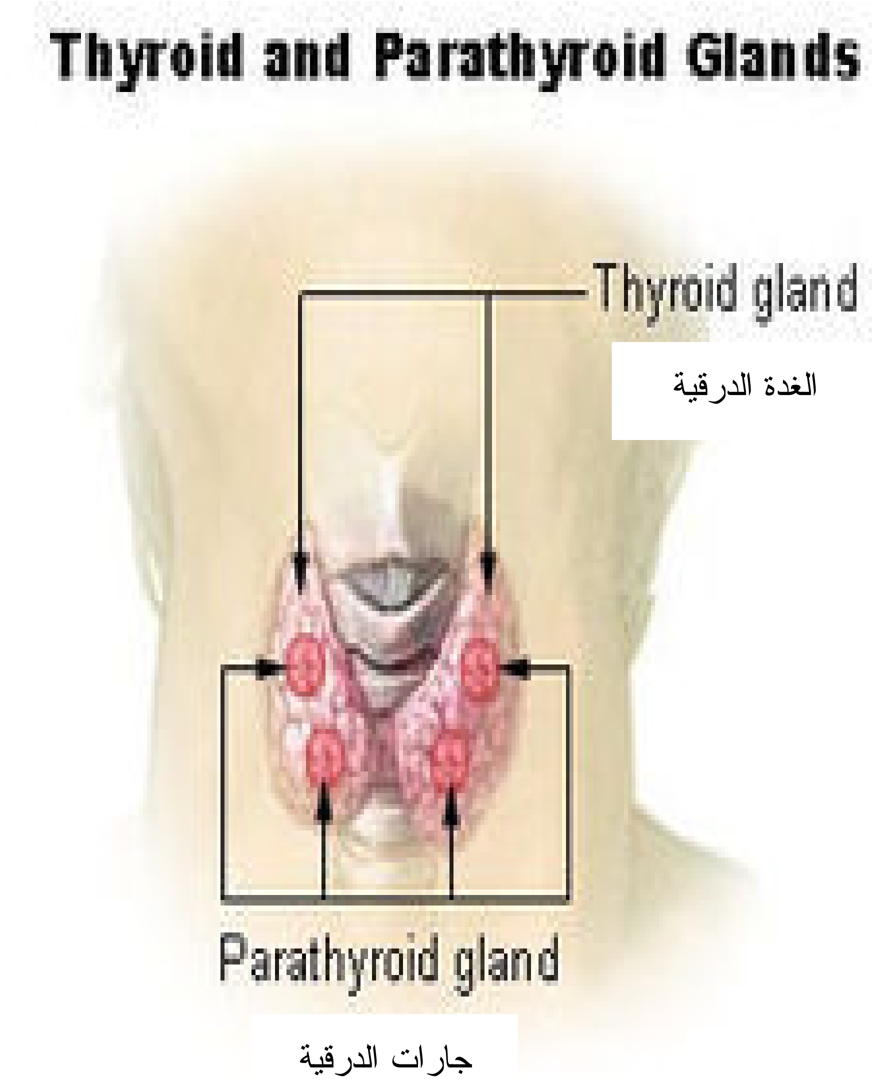
الدكتور محمد بني يونس

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فرعي: ٢٤٩٧٧ فاكس: ٥٣٣٠٦٨٩ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel: (962-6) 5355000 Ext.: 24977 Fax: (962-6) 5330689 Amman 11942 Jordan
E-mail: admin@ju.edu.jo

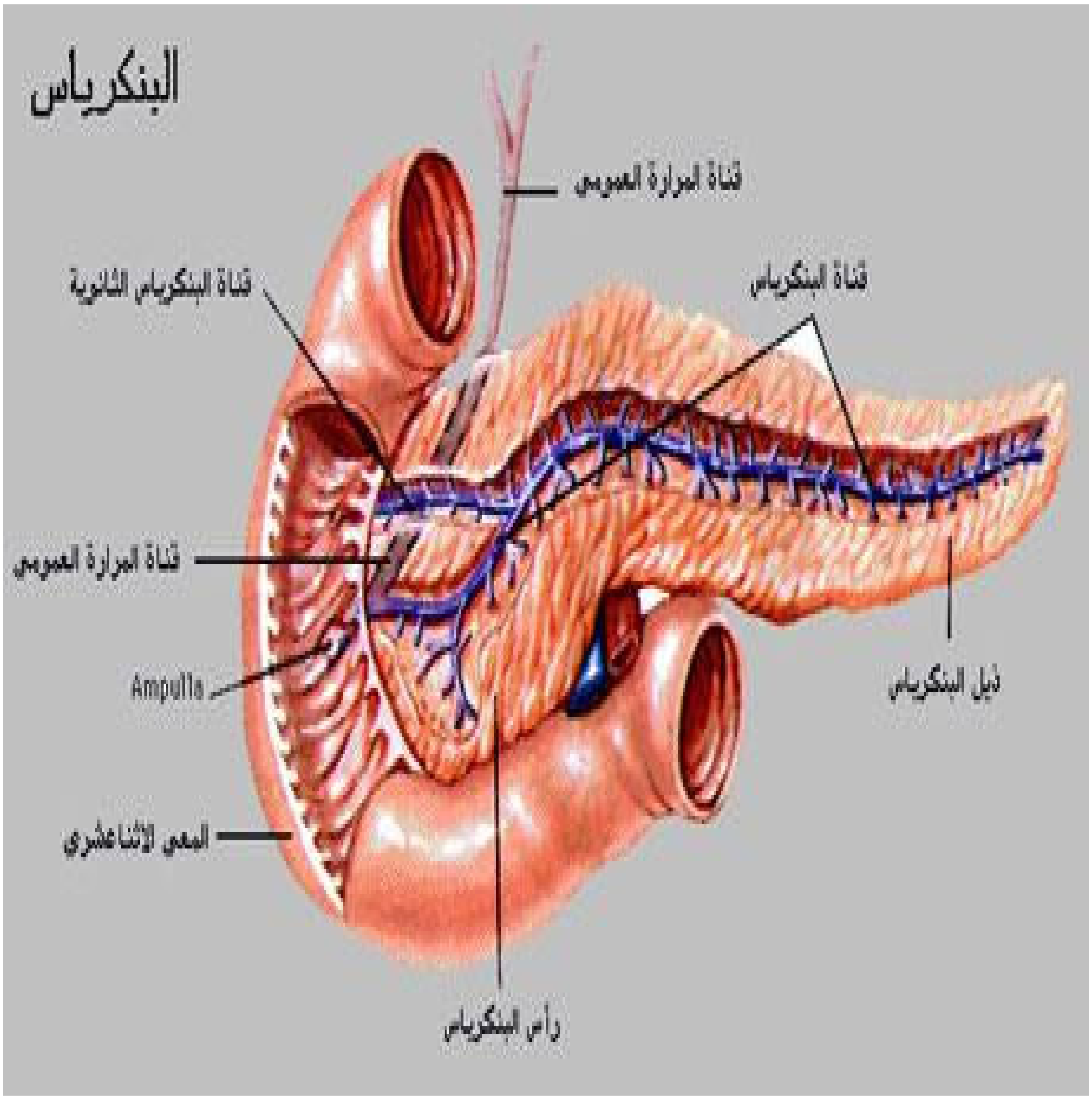
الصور والأشكال



الصورة 1. غدد الافراز الداخلية



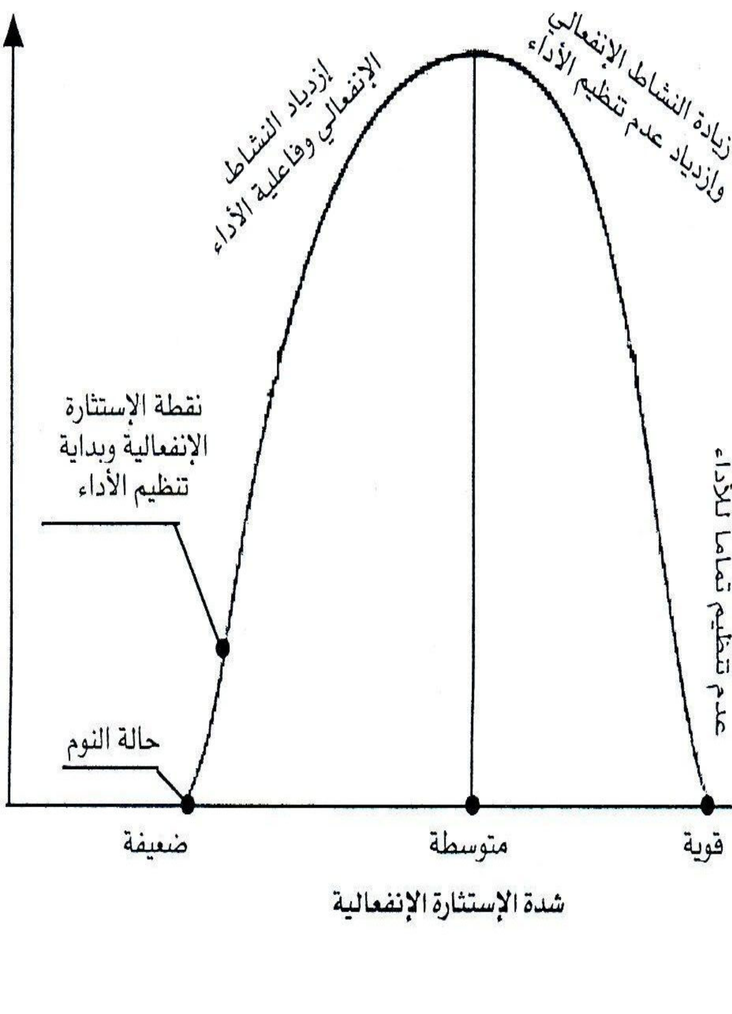
الصورة 2. الغدد الدرقية وجارات الدرقية



الصورة 3. غدة البنكرياس

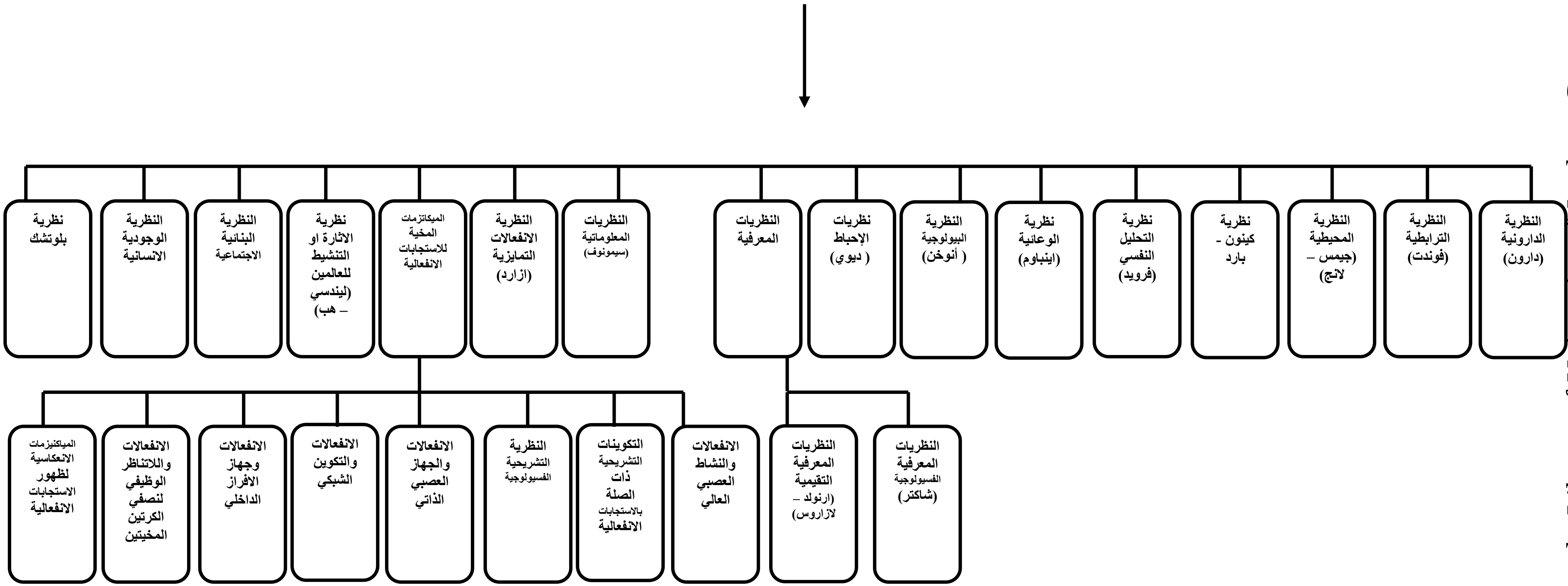
الشكل 1. العلاقة بين فاعلية اداء الانسان وشدة الاستثارة الانفعالية

يبين العلاقة بين فاعلية أداء الإنسان وشدة الاستثارة الإنفعالية



الشكل رقم (2)

يبين النظريات التي تناولت تفسير ماهية الانفعالات وميكانيزمات ظهورها



(بني يونس، 2010)

Distinctive Emotional States & Psychological Stress Sources A Mong A Sample Of Patients Of Thyroid & Pancreas Glands Disorders At Amman Hospitals.

By

Manar Ahmad Awwad

Supervisor

Dr. Mohammed Bani Younes

Co- supervisor

Dr.Fawzi Shaker Taemeh

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the Emotional states and the Psychological stress sources among a sample of patients of thyroid and pancreas glands disorders at Amman hospitals.

To achieve study goals a sample of (320) person was selected: (190) of them were Females, and (130) males, and their ages were from (17 – 75) years old.

The sample examined as follows:

Group 1: (160) patients,(80) patients of them are Thyroid Gland Disorder patients, and (80) patients are Pancreas Gland Disorder patients .

Group 2: (160) persons are not suffered from Thyroid Gland and Pancreas Gland Disorders.

In order to achieve the study purpose, the researcher used Emotional States Scale, which was developed by Bani Younes (2008). And Stress Sources Scale, which was developed by the researcher.

In Answering the first question ,results have shown that the order of the Emotional States a among the patients sample was as follows: Happiness ranked first with mean (3.30) , Anger ranked second with mean (2.16) ,Sadness ranked third with mean (1.70) , and Fear ranked last with mean (1.55).

Results regarding the second question, showed that the order of the Stress Sources before the illness among the patients sample was as follows: the External Sources ranked first with mean (1.38), then the Internal Cognitive Emotional Sources with mean

(1.36), the Internal Biological Sources ranked last with mean (1.28), and in general all the means was low.

Results regarding the third question showed that the order of the Psychological Stress Sources after the illness a among the patients sample was as follows: The Internal Biological Sources ranked first with mean (1.81) ,and The Internal Cognitive Emotional Sources ranked second with mean (1.76), The External Sources ranked last with mean (1.47), and all the means was low.

In answering the fourth question the results showed significant differences in Emotional States between the thyroid gland disorders patients Due to Age and Educational level and Marital States and sex variables , and the result have shown due to the Age variable the Happiness state only showed a significant differences , In According to the educational level variable , the states of happiness and Fear and Sadness showed significant differences, about the marital states the results showed insignificant differences for all the emotional states , but the states of Sadness and Fear showed significant differences due to the Sex variable.

The results regarding the sixth question showed insignificant differences in Psychological Stress Sources between the thyroid gland disorders and pancreas gland disorders before and after the illness, due to Age, Sex, Educational level and marital states.

In according to the last question the result showed how much the Emotional States And The psychological Stress sources explained the Thyroid and Pancreas gland disorders, in according to the emotional states the state of Anger explained the amount of (2%), and the Happiness explained (1%). And about The Psychological Stress Sources, the Internal Biological Sources explained (56%), and the Internal Cognitive Sources explained (3%) of the thyroid and pancreas glands disorders.